

SÍLVIA MARIA RODRIGUES TEIXEIRA VALOTA

**ALEITAMENTO MATERNO:
INFLUÊNCIA DE POLÍTICAS E PRÁTICAS DE SAÚDE
PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP**

CAMPINAS

2003

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

SÍLVIA MARIA RODRIGUES TEIXEIRA VALOTA

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 16 de Dezembro de 2003.



Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa
Orientador

**ALEITAMENTO MATERNO:
INFLUÊNCIA DE POLÍTICAS E PRÁTICAS DE SAÚDE
PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa

CAMPINAS

2003

| | |
|------------|-------------------------------------|
| UNIDADE | BC |
| Nº CHAMADA | T/UNICAMP |
| | V247a |
| V | EX |
| TOMBO BC | 59187 |
| PROC. | 16-117-04 |
| C | <input type="checkbox"/> |
| D | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PREÇO | R\$ 11,00 |
| DATA | 22/07/04 |
| Nº CPD | |

CM00198261-1

BIBID 318240

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE
DE CIÊNCIAS MÉDICAS – UNICAMP**

V247a

Valota, Sílvia Maria Rodrigues Teixeira

Aleitamento materno: influência de políticas e práticas de saúde pública no município de São João da Boa Vista - SP. / Sílvia Maria Rodrigues Teixeira Valota. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientadores: Carlos Roberto Silveira Corrêa
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Amamentação. 2. Políticas Públicas. 3. Alimentação complementar. I. Carlos Roberto Silveira Corrêa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa

Membros:

1. Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa

2. Profa. Dra. Sônia Isoyama Venâncio

3. Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 16/12/2003

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, José Batista Teixeira
(in memoriam) e Maria Tereza Rodrigues
Teixeira.*

*Ao meu marido Jorge e meus filhos Luiz Eduardo,
Thiago e Guilherme, pela compreensão, apoio e
incentivo.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência.

Ao Prof. Dr. Carlos Correa, pelo ensinamento, segurança e serenidade.

À Dra. Marta Salomão, pela oportunidade, confiança e pelo incentivo.

À amiga Alba, pela dedicação, paciência, estímulo e carinho.

A todos os meus amigos e colegas do Departamento Municipal de Saúde, pela colaboração.

| | PÁG. |
|---|--------------|
| RESUMO | <i>xxiii</i> |
| ABSTRACT | <i>xxvii</i> |
| 1-INTRODUÇÃO | 31 |
| 1.1-Influências das políticas e práticas de saúde no aleitamento materno..... | 39 |
| 1.1.1-Do período colonial até final do século XIX..... | 39 |
| 1.1.2-Do início do século XX até final da década de 1970..... | 41 |
| 1.1.3-De 1980 até final do século XX..... | 43 |
| 1.2-A pesquisa | 50 |
| 1.2.1-Universo da pesquisa..... | 50 |
| 1.2.1.1-São João da Boa Vista..... | 50 |
| 1.2.1.2-Políticas municipais de incentivo ao aleitamento materno – Projeto Vida..... | 52 |
| 1.3-Conceitos..... | 55 |
| 2-OBJETIVOS | 57 |
| 2.1-Objetivo Geral..... | 59 |
| 2.2-Objetivos Específicos..... | 59 |
| 3-METODOLOGIA | 61 |
| 3.1-Características de estudo..... | 63 |
| 3.2-População de estudo..... | 63 |
| 3.3-Critério de inclusão..... | 63 |
| 3.4-Coleta de informações..... | 64 |
| 4-RESULTADOS | 67 |
| 4.1-Aspectos Gerais..... | 69 |
| 4.2-Amamentação e Variáveis associadas ao desmame..... | 75 |
| 5-DISCUSSÃO | 83 |
| 6-CONCLUSÃO | 89 |
| 7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 93 |
| 8-OBRAS CONSULTADAS | 99 |

| | |
|---|-----|
| 9-ANEXOS | 103 |
| Anexo 1-Questionário do Projeto Vida..... | 105 |
| Anexo 2-Questionário da Pesquisa “Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação”..... | 114 |
| Anexo 3-Tabelas..... | 117 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------|---|
| ALA | Aleitamento Artificial |
| AM | Aleitamento Materno |
| AME | Aleitamento Materno Exclusivo |
| AMP | Aleitamento Materno Predominante |
| AMC | Aleitamento Materno Completo |
| DMS | Departamento Municipal de Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IHAC | Iniciativa Hospital Amigo da Criança |
| INAN | Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição |
| MS | Ministério da Saúde |
| NEPP | Núcleo de Estudos de Políticas Públicas |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG | Organização Não-Governamental |
| PNIAM | Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno |
| RN | Recém-nascido |
| SES | Secretaria de Estado da Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde da Família |
| UNICEF | United Nations Children's Found |
| WHO | World Health Organization |

LISTA DE TABELAS

| | <i>PÁG.</i> |
|------------|---|
| TABELA 1- | Distribuição das crianças segundo sexo e faixa etária, nos anos de 1999, 2000 e 2002..... 69 |
| TABELA 2- | Introdução de alimentos segundo a faixa etária das crianças, nos anos de 1999, 2000 e 2002..... 72 |
| TABELA 3- | Distribuição das crianças menores de 6 meses segundo tipo de amamentação e ano de pesquisa..... 73 |
| TABELA 4- | Distribuição das crianças segundo tipo de amamentação, ano de pesquisa e faixa etária da criança..... 74 |
| TABELA 5- | Distribuição das crianças de 0 a 2 meses segundo a escolaridade materna e tipo de amamentação..... 117 |
| TABELA 6- | Distribuição das crianças de 2 a 4 meses segundo a escolaridade materna e tipo de amamentação..... 118 |
| TABELA 7- | Distribuição das crianças de 4 a 6 meses segundo a escolaridade materna e tipo de amamentação..... 119 |
| TABELA 8- | Distribuição das mulheres com escolaridade até o 1º grau completo, tipo de amamentação e ano da pesquisa..... 120 |
| TABELA 9- | Distribuição das mulheres com escolaridade acima 1º grau completo, tipo de amamentação e ano da pesquisa..... 121 |
| TABELA 10- | Distribuição das crianças de 0 a 2 meses segundo a idade materna e tipo de amamentação..... 122 |
| TABELA 11- | Distribuição das crianças de 2 a 4 meses segundo a idade materna e tipo de amamentação..... 123 |
| TABELA 12- | Distribuição das crianças de 4 a 6 meses segundo a idade materna e tipo de amamentação..... 124 |
| TABELA 13- | Distribuição das mulheres menores de 20 anos, tipo de amamentação e ano de pesquisa..... 125 |

| | | |
|-------------------|---|-----|
| TABELA 14- | Distribuição das mulheres de 20 a 35 anos, tipo de amamentação e ano de pesquisa..... | 126 |
| TABELA 15- | Distribuição das mulheres maiores de 35 anos, tipo de amamentação e ano de pesquisa..... | 127 |
| TABELA 16- | Distribuição das mulheres primíparas, tipo de amamentação e ano de pesquisa..... | 128 |
| TABELA 17- | Distribuição das mulheres múltíparas, tipo de amamentação e ano da pesquisa..... | 129 |
| TABELA 18- | Distribuição das crianças de 0 a 2 meses segundo o tipo de parto e tipo de amamentação..... | 130 |
| TABELA 19- | Distribuição das crianças de 2 a 4 meses segundo o tipo de parto e tipo de amamentação..... | 130 |
| TABELA 20- | Distribuição das crianças de 4 a 6 meses segundo o tipo de parto e tipo de amamentação..... | 131 |
| TABELA 21- | Distribuição das mulheres cuja crianças nasceram de parto normal, tipo de amamentação e ano da pesquisa..... | 132 |
| TABELA 22- | Distribuição das mulheres cuja crianças nasceram de parto cesárea, tipo de amamentação e ano da pesquisa..... | 133 |
| TABELA 23- | Distribuição das crianças de 0 a 2 meses segundo o trabalho materno e tipo de amamentação..... | 134 |
| TABELA 24- | Distribuição das crianças de 2 a 4 meses segundo o trabalho materno e tipo de amamentação..... | 135 |
| TABELA 25- | Distribuição das crianças de 4 a 6 meses segundo o trabalho materno e tipo de amamentação..... | 136 |
| TABELA 26- | Distribuição das mulheres que trabalham fora, tipo de amamentação e ano da pesquisa..... | 137 |
| TABELA 27- | Distribuição das mulheres que não trabalham fora, tipo de amamentação e ano da pesquisa..... | 138 |

LISTA DE QUADROS

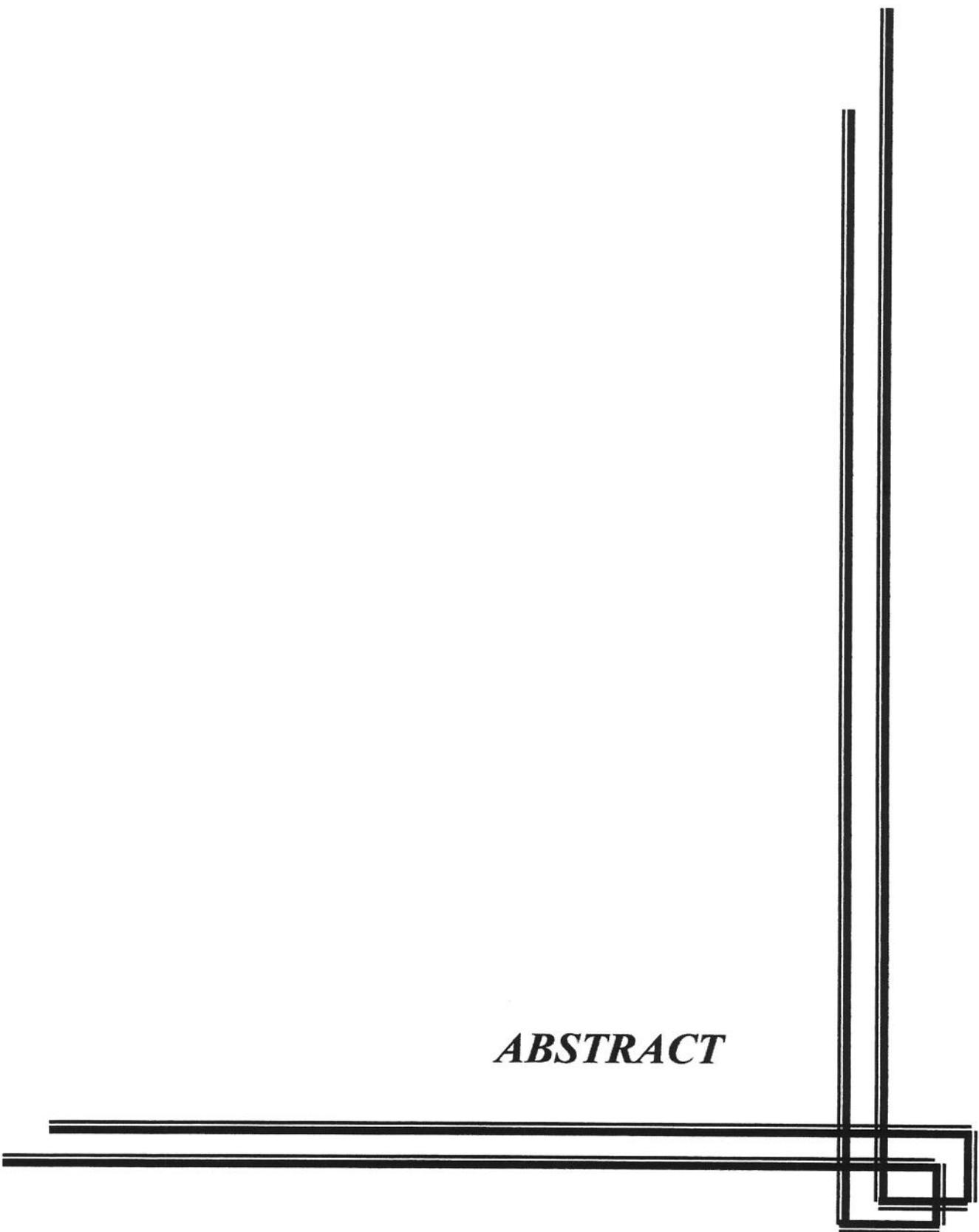
| | <i>PÁG.</i> |
|--|-------------|
| QUADRO 1- Distribuição das crianças segundo características maternas, nos anos de 1999, 2000 e 2002..... | 71 |
| QUADRO 2- Distribuição das crianças menores de seis meses segundo tipo de amamentação, características maternas e anos de pesquisa..... | 77 |
| QUADRO 3- Distribuição das crianças de 0 a 2 meses segundo tipo de amamentação, características maternas e anos de pesquisa..... | 78 |
| QUADRO 4- Distribuição das crianças de 2 a 4 meses segundo tipo de amamentação, características maternas e anos de pesquisa..... | 79 |
| QUADRO 5- Distribuição das crianças de 4 a 6 meses segundo tipo de amamentação, características maternas e anos de pesquisa..... | 81 |

RESUMO

A necessidade de conhecer a situação do aleitamento materno no município de São João da Boa Vista motivou esta pesquisa. Desde 1997 o incentivo ao aleitamento materno constituiu uma das prioridades do Departamento Municipal de Saúde e, para sua implementação, foi criado o “Projeto de Atendimento Domiciliar ao Recém-Nascido – Projeto Vida”, dentro do “Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança”. Assim, o presente estudo tem como objetivo contribuir para a avaliação do Projeto Vida, enquanto instrumento de política pública estimuladora do aleitamento materno exclusivo, no município de São João da Boa Vista. O universo da pesquisa abrangeu 1.270 crianças menores de 6 meses. Os dados foram extraídos dos questionários aplicados na visita domiciliar, realizada dentro do Projeto Vida, e das pesquisas “Avaliação das Práticas Alimentares em Crianças Menores de Um Ano em Dia Nacional de Multivacinação”, ocorridas no município em 1999, 2000 e 2002. Foi realizado um estudo seccional e, a partir dele, um estudo caso-controle. Duas leituras podem ser realizadas a partir dos resultados obtidos. Na primeira é possível identificar que, da população analisada, 45,2% estavam em aleitamento materno, 27,2% em aleitamento materno exclusivo e 27,6% haviam sido desmamadas. Na segunda, ao se comparar a distribuição dos bebês por faixa etária, percebe-se ter ocorrido uma diminuição importante da alimentação artificial para bebês de 0 a 2 meses e aumento do aleitamento exclusivo. O desmame está presente, influenciado pela introdução precoce de alimentos, trabalho materno, idade da mãe, paridade e escolaridade materna. Foi possível, com este estudo, colher evidências que sugerem a importância da política pública municipal no incentivo ao aleitamento materno. Desde a implantação do Projeto Vida houve um aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-Chave: Amamentação, Políticas Públicas e Alimentação Complementar

ABSTRACT



The need to know the breast feeding situation in São João da Boa Vista was the main motivating factor for this research. Since 1997 the incentive to breast feeding has been one of the priorities of the city's Health Department and, for its implementation, the "Newborn Home Care Project – Life Project", part of the "Integral Assistance Program to children's Health" was created. Therefore, the present study aims to make a avaliacion of the Life Project as an instrument of public policies for stimulating the exclusive breast feeding in São João da Boa Vista, and the factors related to early weaning. The universe of the research comprised 1270 children under the age of 6 months. The data was extracted from the forms used in the home visit, which took place in the Life Project, and from the "Evaluation of the Feeding Practices in Children under one year of age on the National Multi-vaccination Day" researches, which were done in 1999, 2000, and 2002 in the city. A sectional study and a following control case study based on it were done. Two considerations can be taken from the obtained results. In the first one it is possible to identify that 45,2% of the population analyzed were in breast feeding, 27,2% in exclusive breast feeding and 27,6% were weaned. In the second, an important decrease in the bottle feeding of babies from 0 to 2 years old, and an increase of the exclusive breast feeding is perceived through the comparison of the baby distribution per age. The weaning is present, induced by the early introduction of solid food, mother's returning to work, parity and mother's education. Whit this is possibles sugeri the importance of municipal public policies of health to incentive the breast feeding . Since the begin Life Project's an increase of the exclusive breast feeding.

Key words: Breast Feeding, Public Policies and Complementary Alimentacion

1- INTRODUÇÃO

É do senso comum que o leite materno é o melhor alimento para o lactente. Além da sua superioridade nutricional, defesa imunológica e ausência de agressão físico-química, o aleitamento materno propicia, também, benefícios econômicos para a família e para o Estado, contribuindo para a saúde da mulher, reduzindo riscos de certos tipos de câncer e de anemia (OMS/UNICEF, 1989; INNOCENTI DECLARATION, 1990).

Estudos patrocinados por organismos internacionais ligados à Saúde Pública afirmam que o leite materno é o alimento ideal para crianças até dois anos de idade (WHO/UNICEF, 1991; BRASIL, 2002) sendo, inclusive, suficiente como única fonte de nutrientes e água necessária para seu crescimento e desenvolvimento, até 6 meses de vida (BRASIL, 2002). Demonstram, ainda, que o aleitamento materno exclusivo¹ reduz a incidência da morbi-mortalidade das doenças infantis, principalmente as de causa infecciosa (WHO/UNICEF, 1991).

Mesmo sabendo que o leite materno é o alimento ideal para o bebê, a quantidade de crianças amamentadas e a duração do aleitamento materno, no Brasil, ainda estão bem aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apesar de, nas três últimas décadas do século passado, esses indicadores apresentarem uma tendência crescente mostrada pelos três estudos nacionais realizados (ENDEF-1973/74, PNSN-1989, PNDS-1996). Na década de 1970, 33% das crianças com seis meses eram amamentadas.

Esses valores passam para 49% na década de 1980 e na década de 1990 a proporção subiu para mais de 60%.

Como complementação a esses dados, podem ser encontrados no Guia alimentar para crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2002), vários estudos dos quais são destacados:

- a) O de Venâncio (1996), mostrando que a duração mediana (metade do período de tempo em que as crianças ainda estão sendo amamentadas) da amamentação no Brasil, também vem aumentando. Em 1975 a mediana era

¹ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), por aleitamento materno exclusivo deve-se entender o processo pelo qual o bebê recebe leite humano, vindo de sua mãe, ou de uma nutriz ou de bancos de leite, como única fonte de alimentação.

de 2,4 meses passando para 5,5 meses em 1989 e 7 meses em 1996, ocorrendo, no entanto, uma grande diferença regional².

- b) O de Victora et al. (1987), ressaltando a proteção oferecida pelo leite materno contra vários tipos de infecções. O estudo, realizado em duas cidades no sul do Brasil, demonstra que crianças menores de um ano, não amamentadas, tiveram um risco quatorze vezes maior de morrer por diarreia e quase quatro vezes maior de morrer por doença respiratória, quando comparadas com crianças da mesma idade alimentadas exclusivamente ao seio. Apresentam, também, um risco de 2,5 vezes maior de morrer por outras infecções, quando comparadas com crianças amamentadas.

O mesmo guia indica, ainda, que a amamentação pode trazer muitas outras vantagens, tanto para a criança quanto para a mãe, entre as quais

“uma possível proteção contra a síndrome da morte súbita, o diabete mérito insulino-dependente, a doença de Crohn, a colite ulcerativa, o linfoma, as doenças alérgicas, o câncer de mama e de ovário na mulher que amamenta, além de otimizar o desenvolvimento neurológico da criança e promover o vínculo afetivo entre mãe e filho” (BRASIL, 2002, p.19).

Por outro lado, a composição do leite humano tornou-se objeto de investigação científica há muito tempo. Entre os resultados alcançados encontra-se a identificação de mais de 150 substâncias diferentes, todas com funções biológicas definidas, das quais a água é a predominante (87%). Proteínas suspensas têm o papel de auxiliar o crescimento celular do lactente; proteínas do soro protegem o recém-nascido de inúmeros agentes infecciosos; carboidratos funcionam como fonte energética; lipídeos e lipossolúveis desempenham funções múltiplas; elementos minerais, hormônios e enzimas formam um elenco de compostos químicos que suprem as necessidades do lactente (ALMEIDA, 1999).

O leite materno é produzido pela ação de hormônios através de estímulos nervosos. O estímulo inicial é dado pela sucção do mamilo, fazendo com que as mamas produzam leite. O hormônio prolactina atua depois que a criança mama e produz leite para

² Com relação à duração mediana da amamentação exclusiva, ela era extremamente baixa em todas as regiões, sendo de 1,1 mês a média para o País (BRASIL,2002).

a próxima mamada. Portanto, quanto mais a criança mama, mais leite é produzido. A quantidade de leite produzida pela mãe depende da sucção do bebê (KING, 1998).

O aleitamento materno exclusivo, além de fornecer o alimento ideal para o bebê nos primeiros seis meses de vida, e protegê-lo contra infecções comuns da infância, proporciona, ainda, o estabelecimento de um vínculo afetivo entre mãe e filho, que nem sempre é possível com a alimentação artificial (KING, 1998).

Tendo presente a imensa gama de benefícios do aleitamento, OMS e Ministério da Saúde recomendam que a criança tenha como única fonte de alimento, até os seis meses, o leite materno. Qualquer tipo de alimento introduzido antes deste período já estaria, pois, configurando o desmame.

Porém, muitas vezes, outros nutrientes são introduzidos precocemente aumentando os riscos para a criança.

“Muitos pais ficam ansiosos para iniciar a introdução de semi-sólidos, acreditando que isso possa indicar maturidade e precocidade da criança e partindo do princípio de que tal conduta é vantajosa e que não existem efeitos prejudiciais” (EUCLYDES, 2000, p.405).

No já citado Guia alimentar para crianças menores de 2 anos afirma-se não haver “evidências de que exista alguma vantagem na introdução precoce (antes dos quatro meses) de outros alimentos que não o leite humano na dieta da criança. Por outro lado, os relatos de que essa prática possa ser prejudicial são abundantes” (BRASIL, 2002, p.22).

Estudos científicos sugerem que a “complementação do leite materno com águas ou chás nos primeiros seis meses de vida é desnecessária, inclusive em dias secos e quentes” e que “recém-nascidos normais nascem suficientemente hidratados para não necessitar de líquidos, além do leite materno, apesar da pouca ingestão de colostro nos dois ou três primeiros dias de vida” (BRASIL, 2002, p.19).

A introdução precoce de alimentos, em complementação ao leite materno, resulta em diminuição na frequência e intensidade da sucção. Conseqüentemente, redução na produção do leite substituindo-o e não complementando-o.

Muitas vezes, no complemento oferecido às crianças, há deficiência de alguns nutrientes (existentes no leite humano), fazendo com que o resultado obtido seja o oposto do desejável; ou seja, a criança tende a apresentar deficiências nutricionais que comprometem seu crescimento e desenvolvimento (EUCLYDES, 2000).

Entre as conseqüências da complementação alimentar precoce, em alguns casos podem ser encontradas sobrecarga renal de solutos (desidratação), alergias, deficiências nutricionais, alteração na flora intestinal e respiratória, doença celíaca, bem como, a longo prazo, sobrepeso e obesidade, hipertensão, aterosclerose, na idade adulta (EUCLYDES, 2000).

Assim, embora não existam dúvidas de que o leite materno é o alimento mais completo, para o lactente, muitas mães o substituem por outros tipos de leite, potencialmente problemáticos pela inadequação de sua composição em relação às necessidades nutricionais, eventual intolerância digestiva, e comprometimento das funções metabólica e excretora da criança (EUCLYDES, 2000).

Além do risco de desnutrição e infecção, há problemas no uso de leite de vaca na alimentação do lactente que podem estar associados ao manuseio e preparo das mamadeiras.

Em algumas regiões do Brasil o leite de cabra é muito utilizado, devido à crença de que ele é menos alergênico do que o leite de vaca. Todavia, a composição do leite de cabra apresenta um risco maior de desidratação hipernatrêmica, deficiência vitamínica e acidose metabólica, devido à carga elevada de solutos, resultantes de seu maior teor de proteína, cloro e potássio (FOMON, 1976).

Quanto aos produtos industrializados, desde o final do século XIX, com a determinação da composição do leite humano e de outros mamíferos, ainda que grosseira, iniciaram-se alguma tentativa de formulações. Nas décadas de 1930 e 1940 houve uma grande aceitação das formulações a partir do leite evaporado, nos países industrializados, as quais foram posteriormente substituídas pelas fórmulas modificadas em pó (EUCLYDES, 2000). Com o avanço da ciência, várias mudanças têm sido feitas nas fórmulas, para que, cada vez mais fiquem parecidas com o leite humano, minimizando as questões encontradas com o uso do leite de vaca. Persistem, porém, problemas relacionados ao uso de fórmulas

industrializadas entre os quais aqueles relacionados a erros na diluição (oferecendo ao lactente preparações muito concentradas ou muito diluídas), à contaminação pela água utilizada na reconstituição do leite, e pela mamadeira.

BENKOV e LELEIKO³ afirmam que embora os produtos industrializados sejam cada vez mais aperfeiçoados, não se conseguiu incorporar às fórmulas dois benefícios fundamentais do aleitamento materno: o imunológico e o emocional.

Ora, se o reconhecimento da importância e essencialidade do aleitamento materno, já são seculares, por que ocorre o desmame precoce? Ou seja, por que, ainda hoje, em pleno século XXI, apesar de campanhas promocionais, informativas e educacionais de organismos como a OMS e o Ministério da Saúde, utilizando todas as possibilidades oferecidas pela mídia, o prazo recomendado de amamentação não é observado por parcelas significativas das nutrizes?

A gravidade deste fato é bem sintetizada por pesquisadores ao constatarem que “o desmame precoce, especialmente quando associado a condições de miséria e insalubridade, aumenta a morbi-mortalidade das crianças” (GARCIA-MONTRONE e ROSE, 1996).

A busca em entender causas e circunstâncias, que levam as mães a suspenderem ou diversificarem a alimentação de seus bebês ensejou outras tantas pesquisas⁴. Por meio delas foram verificadas a necessidade e a importância do aspecto educativo para aumentar a prevalência e a duração da amamentação (SANDRE-PEREIRA et al., 2000; GARCIA-MONTRONE e ROSE, 1996; CARVALHAES et al., 1998), assim como a importância do apoio da família, da sociedade e dos profissionais de saúde (que nem sempre estão preparados). A orientação, durante o pré-natal das gestantes, quanto às vantagens do aleitamento materno e das dificuldades que encontrarão no início do mesmo, o conhecimento sobre o processo de produção do leite e a pega correta do bebê, como fazer para evitar que as mamas fiquem ingurgitadas, juntamente com o apoio emocional, tende a reforçar a confiança da mãe de que ela pode amamentar com sucesso.

³ BENKOV e LELEIKO, 1987, *apud* EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada**, 2. ed Viçosa: Suprema, 2000.

⁴ Foram selecionados, para os objetivos pretendidos nesta dissertação, os de MARTINS, 1989; BARROS et al., 1994; CORREA, 1996 e HARADA et al., 1999.

Outro aspecto abordado por pesquisadores (KUMMER et al., 2000; VENÂNCIO, et. al, 2002) como um fator relacionado ao desmame precoce é a escolaridade materna. Estudos mostram que a frequência de amamentação exclusiva tende a ser mais alta entre mulheres de maior nível escolar.

Estudo realizado em indústrias de São Paulo, em 1994, conclui que

“(…) há outros fatores que são fundamentais para que a manutenção da lactação seja facilitada, tais como aqueles que permitem a proximidade mãe-criança e/ou retirada periódica de leite materno durante a jornada de trabalho” (RÉA et al., 1997).

Por outro lado, há, também, várias questões ligadas aos programas de incentivo ao aleitamento materno que precisam ser examinadas. Entre elas qual a relação existente entre o aumento da prevalência de crianças em aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, e a existência de políticas e práticas de saúde que incentivem a iniciação e o estabelecimento precoce da amamentação, assim como sua manutenção.

Buscando respostas para tais questões – quais sejam identificar fatores que contribuem para o desmame precoce e qual a influência de políticas públicas como elemento de contenção do mesmo – foram trabalhados dados e informações (os já existentes e aqueles levantados para fins deste estudo) no Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista, que, desde 1997, criou e implantou programas e projetos destinados ao cuidado de gestantes e apoio à amamentação.

Objetiva-se, portanto, nesta dissertação, avaliar um desses projetos, o Projeto Vida, como se verá posteriormente, enquanto instrumento de política pública estimuladora do aleitamento materno e, particularmente, do aleitamento materno exclusivo, no município de São João da Boa Vista e os fatores relacionados ao desmame precoce.

Em decorrência deste objetivo geral serão também identificados

- a) a duração da amamentação em São João da Boa Vista;
- b) as variáveis que estão associadas ao desmame: idade da mãe, escolaridade, paridade, tipo de parto, ingestão de outros alimentos, trabalho materno;
- c) os alimentos que, mais freqüentemente, são introduzidos na alimentação das crianças menores de 6 meses;

d) a evolução dos indicadores de aleitamento materno exclusivo, em 1999, 2000 e 2002.

Para tanto foi realizado um estudo seccional⁵ e, a partir dele, foi feito um estudo de caso-controle⁶.

Todavia, como nenhum assunto que enfoque o ser humano existe num vazio referencial, procurou-se, por meio de uma rápida abordagem histórica, rever o tema amamentação sob a perspectiva de seu tratamento pelo Estado, no Brasil. Não raras vezes usos e costumes são repassados de geração em geração ficando de tal forma arraigados na cultura popular que mudá-los envolve mudança de padrões culturais.

1.1-AS INFLUÊNCIAS DAS POLÍTICAS E PRÁTICAS DE SAÚDE NO ALEITAMENTO MATERNO

1.1.1-Do período colonial até o final do século XIX

O desmame como fato social surgiu, no Brasil, com a figura da ama-de-leite, à época da colonização, como herança cultural portuguesa (em Portugal as mães ricas não amamentavam seus filhos). Amas mercenárias européias foram substituídas, no novo continente, pelas índias cunhãs. Estas, depois, cederam lugar - com êxito - à ama-de-leite escrava, vinda da África. A urbanização ampliou a difusão das amas-de-leite, entre as novas camadas sociais, e possibilitou o surgimento da figura da mãe-preta de aluguel (COSTA, 1983).

Segundo o autor, no século XIX, o Estado necessitava instituir um sistema de controle da população e, como a medicina buscava sua independência, estabeleceu-se uma aliança entre medicina e Estado, o qual reconheceu o valor político das ações médicas. A

⁵ Rouquayrol e Almeida Filho definem estudo seccional como “investigações que produzem ‘instantâneos’ da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, e daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado” (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 1999).

⁶ O estudo de caso-controle, segundo Rouquayrol e Almeida Filho, é “concebido especialmente para investigar associações etiológicas em doenças de baixa incidência e/ou condições com período de latência prolongada” (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 1999).

medicina higienista, de então, tinha como meta converter a família ao Estado. Para atingir seus objetivos, recorreu a técnicas de persuasão e estratégias de ataque (COSTA, 1983). MEIRELLES⁷ (1847) afirma que “entre as regras básicas, o binômio mãe-filho tornou-se uma das mais brilhantes equações desenvolvidas pelos higienistas, por intermédio da qual a higiene elevou a mulher à categoria de mediadora entre os filhos e o Estado” (ALMEIDA, 1999, p.32).

Em decorrência, o ato de amamentar transcendia a proteção da vida da criança, prestando-se a regular a vida da mulher pois, do ponto de vista dos higienistas, a independência feminina não podia ultrapassar as fronteiras da casa e do consumo de bens, reforçando a imagem de mulher-mãe.

“Assim, a amamentação foi transformada em um evento meramente biológico e diretamente relacionado aos interesses e expectativas do Estado e do poder médico” (ALMEIDA, 1999, p.33).

A medicina higienista valeu-se do aleitamento materno como instrumento para se fortalecer na sociedade e colonizar progressivamente a família, tornando-a cada vez mais dependente dos agentes educativo-terapêuticos. A amamentação foi construída socialmente servindo-se de atributos naturais e instintivos, comuns às espécies definidas como mamíferas (ALMEIDA, 1999, p.34).

A primeira tese sobre aleitamento materno apresentada no Brasil, à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi defendida em 1838 por Agostinho José Ferreira Bretas. Dentre vários argumentos por ele utilizados em prol da amamentação natural, um dizia que “o aleitamento era ainda apontado como um elemento imprescindível para transformar os homens em pais e maridos, capazes de atender ao novo padrão de identidade social construído pelo movimento higienista” (ALMEIDA, 1999, p.35).

Os paradigmas do aleitamento materno, no século XIX, deram origem a um conjunto de normas norteadoras do comportamento materno. As mulheres eram constantemente comparadas às fêmeas dos demais mamíferos (reducionismo biológico), sendo responsabilizadas, única e exclusivamente, por quaisquer insucessos ocorridos com a

⁷ MEIRELLES, 1847, *apud* ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação – um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.

amamentação. Vianna⁸, em 1869, relatava, “apesar dos esforços despendidos para a promoção da amamentação, certos grupos de mulheres não conseguiam êxito, em virtude do pequeno volume produzido, ou pelo fato de ser fraco ou de secar com facilidade”.

Em conformidade com Almeida, esta nova situação tornou-se um problema sobre o qual o modelo higienista não dispunha de um conhecimento eficaz. A crise paradigmática foi, então, contornada com a construção social de uma nova figura biológica: o leite fraco. Esta figura, criada, também e paradoxalmente, no século XIX, integrou-se de tal forma à cultura do aleitamento materno no Brasil que, em alguns momentos, pode mesmo ser responsabilizada pelo desmame (ALMEIDA, 1999).

1.1.2-Do início do século XX até final da década de 70

Ao início do século XX observa-se a crescente veiculação de propagandas de leite em pó. GOLDENBERG (1989) encontra em 1916 a primeira alusão feita ao leite artificial: “No conjunto das propagandas, porém, o temário central era o aleitamento materno e à preocupação com a falta do leite materno, oferecia-se um substituto seguro” ().

As orientações das propostas publicitárias foram, todavia, mudando ao longo do tempo. Nos anos de 1930, chamavam a atenção para o aval de eminentes médicos estrangeiros associando a idéia de racionalidade e cientificismo ao produto. Na década de 40, o destaque é dado à facilidade do preparo e realização da nova prática, assim como a pureza bacteriológica.

“Finalmente, nos anos subseqüentes, na medida em que estas propostas se assentam, sugere-se que os leites em pó poderiam ser ministrados desde o momento da secção do cordão umbilical, tais seriam as facilidades e o nível de aperfeiçoamento do produto, mas, sobretudo, vão se destacando as propriedades de ‘superalimento’ dos leites em pó” (GOLDENBERG, 1989).

Em âmbito internacional, a alimentação artificial passou a ser introduzida e de tal maneira aceita que, ao examinarem diversas dificuldades iniciais do processo de amamentação, autores possuíam um vasto repertório para justificar a adoção de produtos industrializados como substitutivos do leite humano. Funda-se, nesse período, um

⁸ VIANNA, 1869, *apud* ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação – um híbrido naturez-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.

paradigma de alimentação de lactentes, mais tarde denominado por Jelliffe & Jelliffe (1979) de “desmame comerciogênico”, ensejando afirmações tais como a que se coloca em exemplo:

“O aleitamento materno não é mais indispensável para se manter a boa saúde do bebê, ou para assegurar sua sobrevivência, como ocorria antes do desenvolvimento de aleitamentos artificiais satisfatórios, mas ele tem vantagens importantes” (ZIEGEL e CRANLEY, 1980, p.404).

Com o índice de mortalidade infantil altíssimo (maior até que o da Índia, Peru e El Salvador), o Ministério da Saúde do Brasil foi incumbido, em 1956, de desenvolver um novo e eficiente programa voltado para a assistência à criança. Foram, então, criados muitos serviços de higiene infantil, bem como postos de puericultura. Esses serviços faziam o acompanhamento, a vacinação e o tratamento das crianças doentes. Forneciam, também, a assistência às mães.

Na década de 70 a assistência materno-infantil merece certa prioridade no discurso governamental, por meio da formulação de planos e programas. Os índices da morbi-mortalidade encontravam-se elevados, a cobertura de pré-natal baixa, e o desmame precoce representava um sério agravo para a Saúde Pública. Em documento oficial (INAN, 1991), relativo ao período em questão, o Ministério da Saúde revelava que:

- a mortalidade infantil era de 88 crianças mortas por 1000 nascidas no país enquanto que, no Nordeste o índice crescia para 124 por 1000;
- a desnutrição crônica vitimava 48% da população brasileira;
- o desmame, no primeiro mês de vida, atingia 54% dos lactentes na cidade de São Paulo e 80% em Recife;
- 50% dos pediatras prescreviam mamadeira e 90% aconselhavam o uso de água no intervalo entre as mamadas;
- 60% das mulheres brasileiras não faziam exame pré-natal.

Mas “longe de ser assumido como um compromisso do Estado, a assistência às crianças era tida como um ato de bondade dos políticos, do qual podiam tirar vantagens eleitorais” (BERTOLLI FILHO, 2000, p.45).

Em outubro de 1979 a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) organizaram uma reunião internacional sobre “Alimentação de lactentes e crianças na primeira infância”, na qual participaram representantes de governos, cientistas, profissionais de saúde, representantes da indústria de alimentos infantis e de organizações populares. Nesta reunião reconheceu-se a necessidade de um código que controlasse as práticas inadequadas de comercialização de alimentos infantis.

Em maio de 1981, por maioria esmagadora de votos, a Assembléia Mundial de Saúde, na OMS, aprovou o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno.

O Código, aprovado com uma recomendação para que os governos o aplicassem, foi considerado um "requisito mínimo... para proteger práticas saudáveis de alimentação do lactente" (SOKOL, 1999).

1.1.3-De 1980 até final do século XX

O início dos anos 80 é marcado pela busca da melhoria da qualidade, da extensão e da ampliação da cobertura dos serviços de saúde, bem como da

“integração interinstitucional, com prioridades ao desenvolvimento da rede básica de serviços. Redefiniu-se a assistência materno-infantil no sentido de dar prioridade a um elenco de medidas preventivas e médico-assistenciais individuais, a serem desenvolvidas pela rede básica através de programas integrados, que passariam a ter como alvo especial mulheres e crianças (0-5 anos) de baixa renda. Surgiram assim os programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, em seus formatos atuais” (NEEP, 1988, p.173).

Dentro do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, as três principais áreas básicas eram constituídas por:

- Incentivo ao Aleitamento Materno.
- Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas.
- Controle das Doenças Diarréicas.

Portanto, fazendo parte do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, e correspondentemente às áreas prioritárias, existiam o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento (PNIAM), o Programa de Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas e o Programa Nacional de Controle de Doenças Diarréicas. Esses Programas, entretanto, tiveram um desenvolvimento desigual no país, respeitando as diferenças regionais e o empenho das Secretarias de Saúde.

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que foi iniciado em 1981 (com o apoio da UNICEF), tinha como objetivo

desenvolver atividades, no sentido de inibir as situações condicionantes do desmame precoce, estimulando o aleitamento materno, a fim de reduzir a morbi-mortalidade infantil (NEEP, 1988, p.176).

As atividades do programa, a cargo de um grupo interministerial, sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, buscavam a valorização social da amamentação e a difusão de conhecimentos a respeito do tema. Procurava orientar as instituições prestadoras de serviços de incentivo ao aleitamento materno e demais ações de saúde da criança. No início do Programa foi dada grande ênfase aos meios de comunicação de massa, através de campanhas gratuitas, e à capacitação de recursos humanos. Mas o projeto sofreu um desaquecimento paulatino, em decorrência da pouca articulação das instituições envolvidas. Mais ainda, os investimentos e gastos realizados no período de 1983 a 1985 foram insignificantes em relação aos demais programas do INAN (NEEP, 1988).

Segundo dados do PNIAM, a situação do aleitamento materno no Brasil, mesmo longe de atingir o proposto pela OMS, apresentou grande melhora, como mostravam pesquisas domiciliares, de abrangência nacional, realizadas em 1986 (PNSMIPF). Nelas foram encontrados índices de aleitamento materno exclusivo de 3,6, aleitamento predominante de 15,3 e aleitamento misto de 73,5. Após uma década, outra pesquisa realizada (PNDS), apresentou índices bem mais elevados: aleitamento exclusivo de 40,3; aleitamento predominante de 43,3 e aleitamento misto 85,4.

Preocupadas com os altos índices de desmame precoce, a OMS e UNICEF fizeram, em 1989, uma declaração conjunta, denominada “Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis” que foi dirigida às autoridades nacionais competentes – ou seja, aos que estabelecem as políticas de saúde e nutrição, administradores de serviços de planejamento familiar e de saúde materno-infantil, e todos os profissionais e grupos de apoio ligados à saúde materno-infantil. A declaração teve duplo objetivo: aumentar a compreensão do papel crítico desempenhado pelos serviços de saúde, na proteção e promoção do aleitamento, e descrever o que deve ser feito para fornecer informações adequadas e apoio às mães.

Entre as medidas propostas destacam-se aquelas relacionadas ao incentivo às instituições e programas, que prestavam serviços obstétricos e cuidados aos recém-nascidos, para que revisassem suas normas e práticas relacionadas ao aleitamento materno. Se ainda não o tivessem feito, deveriam desenvolver normas de uma política de amamentação (abrangendo os cuidados para gestantes e puérperas e para recém-nascidos) e informações, educação e treinamento relevantes. Deveriam, também, assegurar que essas normas fossem transmitidas a todos os funcionários envolvidos e avaliar periodicamente a sua eficácia (OMS, 1989).

Em 30 de julho e 1º de agosto de 1990, houve um encontro mundial, organizado pela OMS, em Florença, na Itália, com representantes de organizações não-governamentais (ONGs), e defensores da amamentação de países de todo o mundo. No evento foi elaborada uma declaração que refletia o conteúdo dos documentos produzidos, para o encontro, e pontos de vista apresentados nos grupos e sessões plenárias. O documento ressaltava a importância da prática do aleitamento materno e as medidas necessárias para alcançar esse objetivo. As mulheres deveriam ser capacitadas a praticar o aleitamento materno e, para isso, seria necessário garantir o acesso às informações e à assistência. Políticas nacionais de aleitamento materno, com estabelecimento de metas, deveriam ser desenvolvidas e um sistema nacional de acompanhamento deveria ser implantado. Seriam, igualmente, reforçadas ações complementares aos programas de aleitamento: maternidade sem risco, prevenção e tratamento de doenças infantis comuns e planejamento familiar (INNOCENTI DECLARATION, 1990).

O Brasil, presente à Conferência, foi um dos signatários da declaração, comprometendo-se a participar ativamente da proposta, ampliando, assim, os trabalhos já desenvolvidos no campo de aleitamento materno no país.

Foi então instituída a “Semana Mundial do Aleitamento Materno”, que teve início em 1991. O Estado de São Paulo, junto com outros estados da federação, participou ativamente do evento e passou a buscar, a cada ano, aprimorar sua atuação com o objetivo de estimular, proteger e promover o aleitamento materno.

Dentro das políticas de incentivo ao aleitamento materno, o Brasil aprovou a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, através da Resolução 31/92 do Conselho Nacional de Saúde e, em 1988, passou a ter seu próprio código de Substitutos do Leite Materno. O Código foi revisado em 1992 e 2001.

São objetivos da norma

“contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e para defendê-los dos riscos associados à não amamentação ou desmame precoce. É proteger e incentivar a amamentação mediante a regulamentação da comercialização dos produtos substitutos ou complementares do leite materno” (TOMA, 2003).

Mas as medidas de incentivo ao aleitamento, ainda que extremamente necessárias, não foram suficientes para conter o processo de desmame. Estudos desenvolvidos no Brasil, desde os anos 80 do século passado, mostram que o desmame está relacionado a inúmeras variáveis.

ORLANDI⁹ (1985) via, como um dos fatores para a diminuição do aleitamento materno, as mudanças na sociedade urbana que retira da jovem mãe “o apoio, a ajuda e o incentivo dos parentes mais velhos (avós, tias, irmãs, etc.) elementos facilitadores do aleitamento materno” .

Segundo GARCIA-MONTRONE e ROSE (1996), pesquisas apontavam que os principais fatores de desmame precoce podiam ser classificados em dificuldades circunstanciais (mamilos achatados, fissuras, etc.) e em dificuldades culturais. Entre estas

⁹ ORLANDI (1985) *apud* ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação – um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.

últimas vários elementos podiam ser citados: a transformação ocorrida na estrutura familiar, sobretudo nas sociedades urbanas; os diversos papéis desempenhados pela mulher na sociedade moderna; a propaganda de produtos lácteos e a perda da tradicional transmissão de mãe para filha da experiência em amamentação.

Na mesma linha, RÉA¹⁰, em 1989, apontava a falta de apoio social à amamentação afirmando:

“importante é frisarmos que a sociedade não tem se aparelhado para favorecer a mulher no exercício da amamentação. Pelo contrário, ao mesmo tempo em que a culpabiliza por não amamentar, interfere, bruscamente, sobre o parto com procedimentos cirúrgicos ou medicamentos; cria estruturas hospitalares anti-aproximação mãe-bebê; não cria ou não respeita leis trabalhistas para o amparo à maternidade; libera as companhias produtoras de substitutos do leite materno de qualquer compromisso ético quanto à propaganda de seus produtos; e, no nível de ambulatório de saúde, não capacita seus profissionais para darem o apoio e terem conhecimentos necessários para aconselharem a mãe que amamenta” (ALMEIDA, 1999).

Ainda durante a década de 80, o Ministério da Saúde, por meio de slogans como “Amamentação, um ato de amor”; “Amamentação – amor, carinho e proteção”; “Amamentação – mãe e filho têm esse direito” e, por intermédio do PNIAM, desencadeou uma série de ações no país. Todas proclamando a amamentação como um ato natural e instintivo, motivado, acima de tudo, pelo amor materno. MONSON¹¹ et al.(1991) observam que o documento de avaliação das ações nacionais do código de comercialização de substitutos do leite materno registra:

“O INAN, como órgão coordenador do PNIAM, reconhece que este é o mais importante programa de combate à desnutrição na primeira infância, e aquele que traz resultados mais benéficos para o desenvolvimento físico e mental da criança. É, igualmente, um dos mais importantes instrumentos com que conta o governo no seu renovado esforço de redução da mortalidade infantil. (...) Estamos

¹⁰ RÉA (1989) *apud* ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação – um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.

¹¹ MONSON et al., *apud* ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação – um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1999. 120 p.

esperançosos de que, até a próxima virada do século, o aleitamento terá voltado a ser uma prática natural, corriqueira e de adoção universal pelas mães brasileiras. A difusão da orientação correta, tal como vem promovendo o PNIAM, certamente fará com que a classe médica e os profissionais da saúde, em geral, tenham um papel relevante nessa mudança de mentalidade e comportamento (ALMEIDA, 1999).

Como resultado da política estatal de incentivo ao aleitamento materno, registrou-se um crescimento da amamentação natural nos anos 80, continuando até o final da década.

Conforme ALMEIDA (1999, p.49) “o início dos anos 90 foi marcado por uma crescente e visível crise do paradigma da amamentação que embasava a política estatal”.

Pesquisas Estaduais de Saúde e Nutrição (UNICEF - 1990 e 1991) continuavam, entretanto, mostrar que a prevalência de aleitamento materno exclusivo era muito baixa desde os primeiros meses de vida, tanto nos estados do Nordeste como no sul do país (apesar de o Rio Grande do Sul apresentar o dobro de prevalência). O Ceará apresentava uma prevalência de 3% no segundo mês, enquanto no Rio Grande do Sul, no mesmo período, a prevalência foi de 6%.

Em 1994, outra pesquisa foi realizada pela SES/UNICEF, no Ceará e mostrou ter havido um aumento da prevalência de leite materno exclusivo, e apresentando um coeficiente de prevalência de 12,8% no 3º mês. No mesmo período no Distrito Federal (FHDF) a prevalência encontrada foi de 33%.

Dentro desse contexto, em 1992 foi lançada no Brasil a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, como mais uma iniciativa para aumentar a prevalência da amamentação. A IHAC tem como objetivo promover o ajuste nos procedimentos hospitalares, através da adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (TOMA e MONTEIRO, 2001).

Apesar das restrições do modelo – entre as quais a inobservância à hierarquização da rede de saúde no País -, há que se ressaltar o fato de esta iniciativa ter incorporado o significado de proteção e apoio à amamentação, superando as formulações que anteriormente só

contemplavam aspectos relativos à promoção. A incorporação destes dois novos atributos ao modelo demarcou o começo de um importante processo de mudança, havendo ainda, todavia, um longo caminho a percorrer (ALMEIDA, 1999, p.49).

Até junho de 2003, 272 hospitais estavam credenciados como "Hospital Amigo da Criança", dos quais 26 no Estado de São Paulo. Apesar dos inúmeros estudos mostrando as vantagens da amamentação, as rotinas hospitalares em geral dificultavam e dificultam o início e manutenção desta prática.

Em estudo realizado, TOMA e MONTEIRO (2001) avaliaram e compararam as práticas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em maternidades públicas e privadas no município de São Paulo, tendo como referência os "dez passos", e concluíram que

para alcançar os benefícios da amamentação para a saúde materno-infantil e o importante papel desempenhado pelas maternidades para o início precoce e para o sucesso da prática de amamentar, é necessário que os padrões estabelecidos pela IHAC sejam adotados.

Não serão feitas, aqui, quaisquer tentativas de delinear um resumo histórico sobre as políticas públicas voltadas à saúde, e, particularmente, à amamentação, vigentes em São João da Boa Vista no período abordado nesta parte do trabalho. Ainda que complementar ao tema, a pesquisa demandaria um tempo o qual não se dispõe. Além disso, apenas nos dias atuais, uma iniciativa de um dos jornais da cidade busca recolher elementos para organizar a história da medicina em São João. Todavia, por conhecimento resultante do trabalho no Departamento de Saúde Municipal, é plenamente factível afirmar-se que, em relação ao aleitamento materno, as Unidades de Saúde de São João da Boa Vista seguiam, na década de 80, as recomendações do PNIAM. Entretanto, o aleitamento não era uma prioridade da política de saúde municipal. O atendimento às nutrizes era feito dentro das Unidades, seguindo protocolos estabelecidos pelos níveis centrais. Os recursos humanos eram treinados para orientar conforme os protocolos, sem a preocupação de saber as condições em que viviam as mães e se estavam realmente preparadas para o aleitamento. Em última análise, apenas a mãe era responsabilizada pelo eventual fracasso da amamentação.

Nos anos 90 esta situação mudou. Como parte da mudança foi realizada em virtude de um dos objetos de análise desta dissertação, o Projeto Vida, por razões lógicas optou-se por relatá-lo no contexto da própria pesquisa.

1.2-A PESQUISA

1.2.1-Universo da pesquisa

1.2.1.1-São João da Boa Vista

Os dados que embasam esta dissertação traduzem realidades sociais de São João da Boa Vista, cidade do interior do Estado de São Paulo.

Situada a 250 Km da capital do Estado, sua localização e a rede de estradas pavimentadas facilitam o acesso de seus habitantes aos serviços e à cultura de outros grandes centros urbanos do Estado tais como Campinas e Ribeirão Preto e os de Poços de Caldas, no vizinho Estado de Minas Gerais (da qual dista 37 Km).

Em acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2002, São João abrigava 79.124 habitantes, dos quais aproximadamente 92,7% na zona urbana e 7,3% na zona rural.

A cidade possui dois hospitais (Santa Casa e Unimed), congrega várias instituições de ensino básico, médio e superior, possui jornais de circulação bi-semanal, uma emissora de TV e duas emissoras de rádio. Apresenta claramente uma tendência de consolidar seu desenvolvimento no setor terciário (serviços) da economia. Sua população, portanto, usufrui do contato direto e indireto com informações, modos de vida e tecnologias modernas.

1.2.1.1.1-Organização dos serviços de saúde no município de São João da Boa Vista

O município assumiu, em maio de 2001, a gestão plena do sistema municipal (conforme Norma Operacional Básica - NOB 01/96) e se habilitou na Norma Operacional Assistência à Saúde - NOAS 01/2002 em dezembro de 2002. É sede da Regional de Saúde

– DIR XX de São João da Boa Vista, da qual fazem parte 20 municípios. Concernente à administração da saúde, a cidade está dividida em nove regiões, correspondentes às áreas de abrangências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF).

Além das sete UBS e duas USFs, o Departamento Municipal de Saúde mantém, ainda, alguns serviços que constituem referência para todo o município, a saber: um Pronto-Socorro, um Centro de Especialidades, um Posto Médico Odontológico (para o atendimento de pacientes HIV positivos e com AIDS), um Centro de Controle de Zoonoses, um Centro Odontológico, um Laboratório de Análises Clínicas, serviços de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e Unidade de Avaliação e Controle com setor de agendamento de consultas e exames fora do município. Mantém convênios com a Santa Casa de Misericórdia (para internações e alguns exames externos), com a APAE (para atendimento dos excepcionais) e contratos com outros serviços de saúde para realização de alguns tipos de exames tais como anatomopatológicos e citopatológicos, ultra-sonografia, densitometria óssea, mamografia, angiografia digital e exames de hormônio (sendo referência para vários municípios da região).

O município conta também com um laboratório de Saúde Pública, gerenciado pela DIR XX, e com os serviços de Hemodiálise e Ressonância Magnética, contratados pelo Estado.

O incentivo ao aleitamento materno é praticado, em São João, de várias maneiras e por diferentes instituições¹². Para os fins desta dissertação estarão sendo analisadas apenas as iniciativas provenientes do Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal. Mais especificamente aquelas iniciadas em 1997 com a implantação do Projeto de Atendimento Domiciliar ao Recém-Nascido – Projeto Vida – como parte do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança.

¹² Cita-se, como exemplo, Lions, Rotary, Pastoral da Gestante, Pastoral da Criança, entre outras.

1.2.1.2-Políticas municipais de incentivo ao aleitamento materno - Projeto Vida

O projeto foi criado pela equipe do Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista, como um meio de causar impacto num segmento populacional específico: mães e recém-nascidos. Isto porque à época de sua idealização eram altas as taxas de mortalidade infantil no município. O Projeto, implantado em março de 1997, tem como objetivos:

orientar cuidados com o RN” (recém-nascido) “e intensificar a amamentação para todas as crianças residentes no município de São João da Boa Vista, visando proporcionar condições favoráveis para adequada evolução do processo de crescimento e desenvolvimento destas crianças,

e tem como metas:

realizar uma visita domiciliar a 100% das crianças recém-nascidas, residentes no município de São João da Boa Vista, na primeira semana de vida; manter atendimento domiciliar a 50% dos casos necessários, no 1º mês de vida (dificuldades na amamentação, prematuridade, etc.); garantir primeira consulta médica a 100% das crianças que optarem pelo acompanhamento na rede pública de saúde (SÃO JOÃO DA BOA VISTA, 1997).

Cerca de 40 profissionais entre auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais e funcionários administrativos, estão envolvidos no projeto que é financiado com recursos municipais. Em termo de despesas específicas o projeto realiza gastos com a confecção de um selo de identificação, colocado nas carteiras de vacinação das crianças visitadas, uma carta assinada pelo prefeito (entregue às mães por ocasião da visita) e álcool a 70% (para desinfecção do coto umbilical), fornecido a todos os visitados. Às famílias carentes é fornecido, também, um “kit” contendo sabonete neutro e cotonetes, destinados à higiene do bebê. Uma viatura está disponível para que a equipe possa realizar as visitas domiciliares, tanto na zona urbana como na zona rural.

O treinamento da equipe do Projeto Vida começou no mesmo ano da implantação do projeto. A equipe recebeu novo treinamento, específico sobre aleitamento materno, em 1999, após o “Curso de Aconselhamento em Amamentação”, realizado pela

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo no município de Santos. Este curso mostra uma nova forma de abordagem. A mãe deve ser respeitada, escutada e orientada. Deve se sentir apoiada e segura, para lidar com as dificuldades que podem ocorrer durante a amamentação.

Naquele ano, funcionários do Departamento de Saúde tiveram a oportunidade de participar do Projeto “Amamentação e Municípios”, organizado pelo Instituto de Saúde da Secretaria do Estado da Saúde, através do qual é realizada, no dia da Campanha Nacional de Multivacinação, uma pesquisa sobre alimentação da criança no primeiro ano de vida.

Pela primeira vez foi, então, possível identificar os dados referentes à prevalência de amamentação no município. Com a realização da pesquisa por mais dois anos foi possível comparar resultados.

Foi instituída no município, através da Lei nº 340 de 30 de agosto de 1999, a “Semana Municipal do Aleitamento Materno”. A primeira semana foi realizada no subsequente ano de 2000. Entre as principais atividades desenvolvidas destacam-se palestra ministrada aos profissionais de saúde; distribuição de folheto com orientações às mães; realização de trabalhos de grupo nas Unidades de Saúde tendo como tema o aleitamento; divulgação, na mídia, do tema por vários profissionais de saúde.

1.2.1.2.1-Principais rotinas

Por intermédio de uma parceria mantida com os hospitais da cidade¹³, as informações sobre os nascimentos são recolhidas, diariamente, pelo Departamento de Saúde que as distribui para as nove Unidades de Saúde.

Durante o período de internação, as puérperas recebem informações sobre o Projeto Vida e, se têm interesse em participar do mesmo, indicam o endereço onde estarão nas próximas semanas para receberem a visita da equipe do Projeto.

¹³ Santa Casa de Misericórdia “D. Carolina Malheiros” – instituição filantrópica, conveniada ao SUS, parceira do Projeto Vida desde o seu início e Hospital e Maternidade Unimed Leste Paulista – que entrou em funcionamento em 2000 passando, também, a ser parceiro do projeto.

Portanto, as informações enviadas pelos hospitais são agregadas segundo os endereços residenciais, pertencentes às diversas Unidades de Saúde, e posteriormente a elas distribuídas.

As visitas domiciliares são realizadas por uma ou duas auxiliares de enfermagem, devidamente treinadas. Durante a visita, que dura em média 40 minutos, além das orientações às mães, as crianças são observadas quanto à higiene e à situação do coto umbilical. É observada, também, a sucção do bebê, permitindo avaliar a pega, a posição da criança, além das condições das mamas.

O Projeto Vida trabalha dentro de uma abordagem intersetorial, o que possibilita a criação de ações conjuntas com outros departamentos municipais, como é o caso do Departamento de Promoção Social, que coloca à disposição do Projeto um assistente social para cada duas áreas de abrangência (em média). Assim, havendo necessidade de um acompanhamento, outras visitas domiciliares são realizadas.

Outra característica do Projeto Vida é que, por meio dele providencia-se o agendamento de consultas de rotina das crianças e das puérperas, para as famílias que fizeram opção de realizar o acompanhamento nas unidades públicas de saúde.

As informações, colhidas pelos auxiliares, são periodicamente apuradas pela(o) enfermeira(o) responsável pela Unidade de Saúde em uma nova visita às mães e lactentes, realizada a cada dez crianças visitadas. Essa visita é particularmente chamada pelo Projeto Vida de “revisita do enfermeiro”.

Na primeira visita domiciliar, realizada pelos auxiliares de enfermagem e na revisita do enfermeiro é preenchido um questionário, cujos dados são digitados no banco de dados criado no software Epi Info 6.04.

Reuniões trimestrais, congregando a Coordenação de Programas do DMS, todos os funcionários municipais envolvidos no Projeto Vida (tanto do Departamento de Saúde como do Departamento de Promoção Social), representantes dos hospitais e Conselho Tutelar, são realizadas com o objetivo de avaliar o projeto.

Entendendo que o sucesso da amamentação, por um período adequado de tempo, estaria ligado à garantia de que a gestação e o parto se desenvolvessem em boas condições, o município reestruturou, em 1998, o Programa de Assistência à Gestante.

A Prefeitura passou, desde então, a garantir o acesso e acompanhamento do pré-natal a todas as gestantes que optassem pelo acompanhamento nas Unidades de Saúde. O Programa passou a fornecer atendimento às gestantes com consultas médicas e de enfermagem, exames de rotinas, encaminhamento para centros de referência (quando necessário) e trabalhos de grupo. Durante os trabalhos de grupo vários temas são discutidos utilizando-se a ocasião para incentivar e orientar o aleitamento materno.

Objetivando a melhoria da qualidade e humanização do parto o Departamento Municipal de Saúde, em 2002, assinou um Termo Aditivo ao convênio com a Santa Casa, para que, através de repasse de verba do município, fosse mantido na maternidade um plantão de obstetras durante 24 horas (que até então não existia). Outras cláusulas foram, então, inseridas entre as quais a que permite gestantes visitarem as dependências da maternidade, e a que permite acompanhante durante o parto das adolescentes (desde que não haja contra-indicação médica).

Apresentado o Projeto Vida e sua relação com as políticas de incentivo à amamentação relacionam-se, a seguir, cinco conceitos cuja especificidade é considerada de singular importância para os fins deste trabalho.

1.3-CONCEITOS

As definições, utilizadas neste estudo, são aquelas propostas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1992, 1995) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Entende-se, portanto que:

Aleitamento Materno (AM) é o processo pelo qual o lactente recebe o leite humano, independentemente de consumir outros alimentos.

Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é o processo no qual o bebê recebe o leite de sua mãe, ou o leite de uma nutriz ou, ainda, o leite humano dos bancos de leite, como única fonte de alimentação. Ou seja, no aleitamento materno exclusivo as crianças

não recebem nenhum outro tipo de fonte nutricional - líquida ou sólida - à exceção de vitaminas, complementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento Materno Predominante (AMP) é o processo que tem no leite materno a fonte predominante de nutrição da criança. Porém, a criança também pode receber água e bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá, etc.); suco de frutas; solução de sais de hidratação oral; vitaminas, minerais e medicamentos em gotas ou xaropes, e líquidos cerimoniais (em quantidades limitadas).

Interrupção precoce do aleitamento materno ou desmame precoce é o ato de parar a amamentação da criança antes de serem completados os seis meses de vida.

Alimentação complementar é o processo de alimentar a criança com quaisquer alimentos que não o leite humano.

2- OBJETIVOS

Constituem objetivos deste trabalho:

2.1-GERAL

Contribuir para a avaliação do Projeto Vida, no município de São João da Boa Vista, enquanto instrumento de política pública estimuladora do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo.

2.2-ESPECÍFICOS

- Descrever a prevalência de crianças nos diferentes tipos de alimentação, segundo as faixas etárias de 0 a 2 meses, 2 a 4 meses e 4 a 6 meses em São João da Boa Vista.
- Descrever a associação das seguintes variáveis com o desmame: idade da mãe, escolaridade, paridade, tipo de parto, ingestão de outros alimentos e trabalho materno.
- Identificar os alimentos que, mais freqüentemente, são introduzidos na alimentação das crianças menores de 6 meses em São João da Boa Vista.
- Comparar a prevalência de aleitamento materno exclusivo, em 1999, 2000 e 2002.

3- METODOLOGIA

3.1-CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Realizou-se um estudo epidemiológico seccional e, a partir dele, foi feito um estudo de caso-controle separando, dentro do levantamento efetuado por meio de questionários, dois grupos de mães: as que amamentaram exclusivamente (AME) por um período de 6 meses e as que amamentaram menos de 6 meses, identificando os fatores de risco para este último comportamento.

3.2-POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo é composta por todas as crianças, menores de seis meses, que compareceram (acompanhadas de suas mães ou responsáveis) aos postos de vacinação durante a Campanha Nacional de Multivacinação nos anos de 1999, 2000 e 2002 e que já haviam sido atendidas no Projeto Vida por ocasião do nascimento.

O Projeto Vida, desde a sua implantação, visitou em média 98% das crianças nascidas e residentes no município.

Durante as pesquisas realizadas nos anos de 1999, 2000 e 2002, foram entrevistadas 1.564 crianças menores de 6 meses (com uma cobertura vacinal maior que 90%), das quais 1.270 fizeram parte deste estudo (81,2%).

3.3-CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Os bancos de dados do EPI INFO, onde são digitados os dados dos questionários do Projeto Vida e do AMAMUNIC¹, que continham os questionários das pesquisas, foram transformados em arquivos do EXCEL.

Este procedimento possibilitou selecionar, através do primeiro nome e da data de nascimento, todos os bebês com menos de 6 meses cujas mães ou responsáveis haviam participado da pesquisa (Campanha Nacional de Multivacinação) e que, por ocasião do nascimento, receberam a visita dos profissionais do Projeto Vida. Foram incluídas no

¹ Software desenvolvido para analisar os dados das pesquisas de “Avaliação de Práticas Alimentares em crianças menores de um ano no Dia Nacional de Multivacinação” e disponibilizado pelo Instituto de Saúde/SES aos municípios que participam do Projeto “Amamentação e Municípios”.

estudo, exclusivamente, aquelas crianças identificadas nos dois bancos de dados.

3.4-COLETA DE INFORMAÇÕES E VARIÁVEIS UTILIZADAS

Dois instrumentos para coleta de informações foram utilizados:

- a) os questionários do Projeto Vida, aplicados nas visitas domiciliares realizadas aos recém-nascidos residentes no município de São João da Boa Vista nas primeiras semanas de vida, e
- b) os questionários utilizados nas pesquisas de “Avaliação de práticas alimentares em menores de um ano no Dia Nacional de Multivacinação”, aplicado a todas mães/responsáveis pelas crianças menores de um ano de idade, que compareceram aos postos de vacinação por ocasião da Campanha Nacional de Multivacinação nos anos de 1999, 2000 e 2002, no município de São João da Boa Vista.

Os dados do Projeto Vida foram coletados durante as visitas domiciliares, pelos auxiliares de enfermagem. Os dados da pesquisa referentes aos anos de 1999 e 2000 foram coletados por funcionários do Departamento de Saúde. Os de 2002, por estudantes do 3º ano do curso de Fisioterapia da FAE – Faculdades Associadas de Ensino de São João da Boa Vista, todos treinados previamente.

Foram utilizadas as seguintes variáveis:

A-Characterização da mãe:

A. 1. Idade

variável categórica² levantada a partir do questionário utilizado na pesquisa realizada em parceria com o Instituto de Saúde/SES – Projeto “Amamentação e Municípios”, Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação.

² Por variável categórica entende-se aquela ue só admite respostas excludentes (sim/não)

A. 2. Escolaridade

variável numérica discreta levantada a partir do questionário (qual a última série que completou? E grau?) utilizado na pesquisa realizada em parceria com o Instituto de Saúde/SES – Projeto “Amamentação e Municípios” Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação.

A. 3. Paridade

variável categórica levantada a partir do questionário (esta criança é seu primeiro filho?) utilizado na pesquisa realizada em parceria com o Instituto de Saúde/SES – Projeto “Amamentação e Municípios” Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação.

A. 4. Tipo de parto

variável categórica levantada a partir do questionário (tipo de parto) utilizado na pesquisa realizada em parceria com o Instituto de Saúde/SES – Projeto “Amamentação e Municípios” Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação.

A. 5. Ocupação

variável categórica levantada a partir do questionário (atualmente a senhora está trabalhando fora de casa?) utilizado na pesquisa realizada em parceria com o Instituto de Saúde/SES – Projeto “Amamentação e Municípios” Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação.

A. 6. Pré-natal

variáveis categóricas, levantadas a partir do questionário do Projeto Vida.

A.6.1. Ocorrência – classifica mulheres que compareceram a pelo menos uma consulta ambulatorial, antes do nascimento da criança. Não fez pré-natal classifica aquelas que nunca passaram por consulta ambulatorial durante a gestação.

A.6.2. Início – classifica como 1º trimestre, gestantes que fizeram a primeira consulta de pré-natal até três meses de gestação; 2º trimestre quando a primeira consulta de pré-natal foi realizada até seis meses de gestação e 3º trimestre quando a primeira consulta de pré-natal foi após os seis meses de gestação.

B – Caracterização da alimentação da criança

variáveis categóricas levantadas a partir do questionário utilizado na pesquisa realizada em parceria com o Instituto de Saúde/SES – Projeto “Amamentação e Municípios” Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação.

B. 1. Tipos de alimentos

B.1.1. leite de peito

B.1.2. leite em pó

B.1.3. outro leite

B.1.4. comeu sopa ou papa de legumes

B.1.5. comeu comidinha de sal

B.1.6. tomou água pura

B.1.7. tomou água com açúcar

B.1.8. tomou chá

B.1.9. tomou suco de frutas

B.1.10. comeu fruta (em pedaço ou amassada)

4- RESULTADOS

4.1-ASPECTOS GERAIS

Foram analisados os dados pertencentes a 1.270 crianças de 0 a 6 meses de idade, coletados nos anos de 1999, 2000 e 2002. Dos bebês, 48,8% eram do sexo feminino e 51,2% do sexo masculino; 35,8% tinham entre 0 e 2 meses, 31,1% de 2 a 4 meses e 33,1% de 4 a 6 meses. Pelos padrões estatísticos estavam, portanto, proporcionalmente distribuídos de acordo com a faixa etária e o sexo, como mostra a Tab. 1.

TABELA 1-Distribuição das crianças por sexo e faixa etária, nos anos de 1999, 2000 e 2002

| Variável | Condição | Ano da pesquisa | | | | | | | |
|--------------|-------------|-----------------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|
| | | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Sexo | Feminino | 232 | 51,5 | 200 | 48,5 | 187 | 49,3 | 619 | 48,7 |
| | Masculino | 239 | 48,5 | 222 | 51,5 | 192 | 50,7 | 651 | 51,3 |
| Faixa etária | 0 I—2 meses | 158 | 33,5 | 140 | 33,2 | 115 | 30,3 | 455 | 35,8 |
| | 2 I—4 meses | 155 | 33,0 | 149 | 35,3 | 128 | 33,8 | 395 | 31,1 |
| | 4 I—6 meses | 158 | 33,5 | 133 | 31,5 | 136 | 35,9 | 420 | 33,1 |
| Total | | 471 | 100,0 | 422 | 100,0 | 379 | 100,0 | 1270 | 100,0 |

Fonte: AMAMUNIC , São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

Registradas as características gerais da população analisada, apresenta-se, também, uma visão global dos dados relativos às variáveis escolhidas para os fins do presente estudo.

Inicia-se com o Quadro I que mostra as características das mães que acompanharam seus filhos, menores de seis meses, nas Campanhas Nacionais de Multivacinação nos anos de 1999, 2000 e 2002 e que haviam recebido a visita do Projeto Vida por ocasião do nascimento das crianças.

Não estarão sendo expressos no Quadro I a totalização das crianças incluídas no estudo. Isto se deve ao fato de que nem todos os acompanhantes das crianças responderam a todas as perguntas formuladas. Poder-se-ia, então, para simples efeito de somatório ter-se acrescentado uma coluna do tipo “sem resposta” ou “não se aplica” para completar o

quadro. Mas, por acreditar-se que o procedimento não teria nenhum significado, para os fins desejados, optou-se por deixá-lo implícito.

A idade materna foi dividida em três faixas etárias. Das mulheres que informaram a idade 72,6% tinham entre 20 e 35 anos, 17,4% eram menores de 20 anos, 9,9% maiores de 35 anos, em relação ao total. Apesar de percentualmente ter havido uma pequena diminuição na faixa etária menor de 20 anos e aumento na faixa de 20 a 35 anos, quando observada por ano, esta mudança não foi significativa ($p > 0,05$).

Em relação à escolaridade 16,7% completaram o 1º grau e 41,6% têm o 1º grau incompleto, 21,8% tinham o 2º grau completo e 10,6% apenas o iniciaram. Somente 9,3% completaram o 3º grau. Quando analisada por ano, observa-se uma diminuição das mulheres com 1º grau incompleto e com 3º grau e um aumento daquelas que completaram o 2º grau ($p < 0,05$).

Quanto ao trabalho materno 2,8% informaram estar desempregadas; 59,2% eram donas de casa, 16,9% trabalhavam informalmente e 21,1% possuíam um trabalho formal. Durante os anos analisados houve um aumento do percentual das donas de casa e uma diminuição no percentual daquelas que tinham um trabalho formal ($p < 0,05$).

As mulheres não encontraram dificuldade de acesso ao atendimento durante a gravidez: 98,9% freqüentaram o pré-natal, e mais de 80% iniciaram no 1º trimestre de gestação. Observa-se, também, que ao longo do período estudado, cada vez mais mulheres iniciam o acompanhamento do pré-natal no 1º trimestre ($p < 0,05$).

Concernente à paridade, apesar de haver um pequeno aumento no percentual de primíparas, este não é significativo ($p > 0,05$).

QUADRO 1-Distribuição das crianças segundo características maternas, nos anos de 1999, 2000 e 2002

| Ano de pesquisa | | | | | | | |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------------|
| Características maternas | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
| Idade materna | n | % | n | % | n | % | |
| < 20 anos | 83 | 19,3 | 66 | 17,1 | 53 | 15,5 | p >0,05 |
| 20 !—35 anos | 307 | 71,4 | 276 | 71,3 | 259 | 75,7 | p >0,05 |
| >= 35 anos | 40 | 9,3 | 45 | 11,6 | 30 | 8,8 | p >0,05 |
| Paridade | | | | | | | |
| Primípara | 180 | 41,7 | 170 | 43,9 | 167 | 48,8 | p >0,05 |
| Multípara | 252 | 58,3 | 217 | 56,1 | 175 | 51,2 | p >0,05 |
| Escolaridade materna | | | | | | | |
| 1º grau completo | 64 | 15,1 | 61 | 16,3 | 63 | 19,3 | p >0,05 |
| 1º grau incompleto | 202 | 47,6 | 151 | 40,4 | 115 | 35,3 | p <0,05 |
| 2º grau completo | 81 | 19,1 | 68 | 18,2 | 96 | 29,4 | p <0,05 |
| 2º grau incompleto | 40 | 9,4 | 44 | 11,8 | 35 | 10,7 | p >0,05 |
| 3º grau | 37 | 8,7 | 50 | 13,4 | 17 | 5,2 | p <0,05 |
| Trabalho materno | | | | | | | |
| Desempregada | 0 | 0 | 14 | 4,2 | 15 | 5,1 | p >0,05 |
| Dona de casa | 235 | 54,5 | 197 | 59,9 | 190 | 65,3 | p <0,05 |
| Trabalho informal | 71 | 16,5 | 67 | 20,4 | 40 | 13,7 | p >0,05 |
| Trabalho formal | 125 | 29,0 | 51 | 15,5 | 46 | 15,8 | p <0,05 |

| Pré-natal | | | | | | | |
|-------------------------|-----|------|-----|------|-----|------|-------------------|
| Iniciou no 1º trimestre | 383 | 81,3 | 339 | 80,3 | 331 | 87,5 | p <0,05 |
| Iniciou no 2º trimestre | 67 | 14,2 | 64 | 15,2 | 39 | 10,3 | p >0,05 |
| Iniciou no 3º trimestre | 15 | 3,2 | 15 | 3,5 | 4 | 1,1 | p >0,05 |
| Não fez | 6 | 1,3 | 4 | 0,9 | 4 | 1,1 | p >0,05 |

Fontes: AMAMUNIC e EPI INFO, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

Mostra-se na Tab. 2 a frequência com que os líquidos e os alimentos são introduzidos na dieta, assim como a precocidade com que são oferecidos às crianças. Destaca-se, em simples observação direta, a precocidade do desmame: 58,1% dos bebês já haviam recebido chá nos dois primeiros meses de vida.

TABELA 2- Introdução de alimentos segundo a faixa etária das crianças, nos anos de 1999, 2000 e 2002

| | Faixa etária | | | | | |
|------------------|---------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|
| | 0 I—2 meses | | 2 I—4 meses | | 4 I—6 meses | |
| Alimentos | n | % | n | % | n | % |
| Água pura | 101 | 38,1 | 225 | 43,9 | 341 | 27,0 |
| Chá | 154 | 58,1 | 147 | 28,7 | 100 | 7,9 |
| Suco de fruta | 3 | 1,1 | 61 | 11,9 | 212 | 16,8 |
| Fruta em pedaço | 0 | 0 | 29 | 5,7 | 214 | 16,9 |
| Sopa de legume | 0 | 0 | 10 | 1,9 | 202 | 16,0 |
| Mingau | 3 | 1,1 | 25 | 4,9 | 101 | 8,0 |
| Água com açúcar | 4 | 1,5 | 7 | 1,6 | 9 | 0,7 |
| Total | 100,0 | | 100,0 | | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

Em relação ao tipo de amamentação, expostos na Tab. 3, 27,2% estavam em Aleitamento Materno Exclusivo (AME); 45,2% em Aleitamento Materno (AM) e 27,6% em Alimentação Artificial (ALA). Todavia, a leitura ano a ano permite observar um aumento do aleitamento materno exclusivo e uma redução do aleitamento artificial a partir do ano de 2000.

TABELA 3-Distribuição das crianças menores de 6 meses segundo tipo de amamentação e ano de pesquisa

| Tipo de Amamentação | Ano de Pesquisa | | | | | | | | Valor p |
|---------------------|-----------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|------------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Total | % | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| ALA | 154 | 32,7 | 114 | 27,1 | 82 | 21,6 | 350 | 27,5 | p<0,05 |
| AM | 219 | 46,5 | 173 | 41,2 | 183 | 48,3 | 575 | 45,3 | p>0,05 |
| AME | 98 | 20,8 | 133 | 31,7 | 114 | 30,1 | 345 | 27,2 | p<0,05 |
| Total | 471 | 100,0 | 420 | 100,0 | 379 | 100,0 | 1270 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

ALA – Alimentação Artificial

Qui quadrado = 23.15

AM – Aleitamento Materno

Grau de liberdade = 4

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

p = 0.00011816

Por faixa etária, percebe-se uma diminuição importante da Alimentação Artificial de 0 a 2 meses e aumento do Aleitamento Materno Exclusivo (p<0,05). O teste do Qui-quadrado mostra que existe uma associação entre o tipo de aleitamento e a distribuição por ano. No Aleitamento Materno o valor de p (p > 0,05) mostra que não houve associação entre os dados (tabela 4).

Ao comparar o ano de 2002 com 1999, identificou-se uma diminuição significativa no número de crianças que não se encontravam em AME, na faixa etária de 4 a 6 meses (OR=0,3440; IC 95% 0,1284 - 0,9217).

TABELA 4-Distribuição das crianças segundo tipo de amamentação, ano de pesquisa e faixa etária da criança.

Faixa etária – 0 I—2 meses

| Tipo de amamentação | Ano da pesquisa | | | | | | Valor p | |
|---------------------|-----------------|-------|------|-------|------|-------|-----------|---------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | | Total |
| | n | % | n | % | n | % | | n % |
| ALA | 34 | 16,9 | 15 | 10,8 | 6 | 5,2 | 5 12,1 | p <0,05 |
| AM | 69 | 34,3 | 53 | 38,1 | 49 | 42,6 | 171 37,6 | p >0,05 |
| AME | 98 | 48,8 | 71 | 51,1 | 60 | 52,2 | 229 50,3 | p >0,05 |
| TOTAL | 201 | 100,0 | 139 | 100,0 | 115 | 100,0 | 455 100,0 | |

Faixa etária – 2 I—4 meses

| Tipo de amamentação | Ano da pesquisa | | | | | | Valor p | |
|---------------------|-----------------|-------|------|-------|------|-------|-----------|---------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | | Total |
| | n | % | n | % | n | % | | n % |
| ALA | 48 | 40,7 | 44 | 29,5 | 30 | 23,4 | 122 30,9 | p <0,05 |
| AM | 70 | 59,3 | 54 | 36,2 | 58 | 45,3 | 182 46,1 | p <0,05 |
| AME | 0 | 0 | 51 | 34,2 | 40 | 31,3 | 91 23,0 | p <0,05 |
| TOTAL | 118 | 100,0 | 149 | 100,0 | 128 | 100,0 | 395 100,0 | |

Faixa etária – 4 I—6 meses

| Tipo de amamentação | Ano da pesquisa | | | | | | Valor p | |
|---------------------|-----------------|-------|------|-------|------|-------|-----------|---------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | | Total |
| | n | % | n | % | n | % | | n % |
| ALA | 72 | 47,4 | 55 | 41,7 | 46 | 33,8 | 173 41,2 | p >0,05 |
| AM | 80 | 52,6 | 66 | 50,0 | 76 | 55,9 | 222 52,8 | p >0,05 |
| AME | 0 | 0 | 11 | 8,3 | 14 | 10,3 | 25 6,0 | p <0,05 |
| Total | 152 | 100,0 | 132 | 100,0 | 136 | 100,0 | 420 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002

4.2-AMAMENTAÇÃO E VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO DESMAME

Apresentadas a distribuição do número de crianças segundo a faixa etária, o tipo de amamentação, sexo, alimentos introduzidos na dieta e as características maternas, serão expostas as variáveis trabalhadas em relação ao aleitamento materno exclusivo por ano de pesquisa. Para uma leitura detalhada, as tabelas foram colocadas no item Anexos deste trabalho.

Inicialmente foi analisada a variável escolaridade materna. Constatou-se que em 1999 as mulheres com grau de escolaridade mais elevado (acima do 1º grau completo) amamentavam mais exclusivamente do que as outras ($p < 0,05$). Esta situação, entretanto, foi se invertendo ao longo do período. Feita a comparação apenas entre as mulheres com “até o 1º grau completo”, houve um aumento significativo na prevalência de aleitamento materno exclusivo, na faixa etária dos bebês de 0 a 2 meses. Este aumento vai aparecer nas outras faixas etárias (2 a 4 meses e 4 a 6 meses), todavia, em menor proporção ($p > 0,05$). Estes dados estão mostrados nos Quadros 2 a 5 e nas Tabs. 5 a 9.

Para análise da variável “idade da mãe” associada ao aleitamento materno exclusivo, foram construídos quadros e tabelas (quadros de 2 a 5 e tabelas de 10 a 13) por ano da pesquisa, e por faixa etária das crianças. A leitura dos quadros e tabelas permitem observar que, em 1999, as mulheres maiores de 35 anos amamentavam exclusivamente seus filhos de 0 a 2 meses em maior percentual e com uma diferença significativa em relação as outras faixas etárias das mães ($p < 0,05$). Esta situação, porém, não se manteve ao longo do período estudado. Houve um aumento de AME nas outras faixas etárias das mães, equilibrando a diferença ($p > 0,05$).

Outra diferença a ser considerada é aquela concernente aos bebês, em faixa etária de 4 a 6 meses no ano de 2000, quando observa-se um aumento no percentual de AME nas mulheres entre 20 e 35 anos ($p < 0,05$).

A mesma variável (idade materna) foi analisada comparando a evolução do AME entre as mães com a mesma faixa etária, nos três anos de pesquisa, conforme a faixa etária da criança. Pode-se observar que, durante o período estudado, houve um aumento maior das mulheres entre 20 e 35 anos em aleitamento materno exclusivo, na faixa etária das crianças entre 0 e 2 meses ($p < 0,05$), apesar de ter havido aumento, ainda que não significativo, em todas as faixas etárias ($p > 0,05$).

Quanto ao trabalho materno (Quadros 2 a 5 e tabelas 22 a 27) (anexo 3), para fins de tabulação, as mães foram agrupadas em dois conjuntos. Na categoria “trabalham fora” estão agrupadas aquelas que exercem algum tipo de atividade produtiva no mercado de trabalho, seja este formal ou informal. Em “não trabalha fora” estão agrupadas aquelas que se achavam desempregadas ou que se auto-classificavam como donas de casa. Em 1999, existia uma diferença entre as duas categorias, mostrando que as mulheres que não trabalhavam fora amamentavam mais seus bebês de 0 a 2 meses. Porém, essa situação não se manteve quando analisadas as outras faixas etárias das crianças. Observa-se, também, que isso mudou ao longo do período estudado. Quando a comparação é feita entre as mulheres que trabalhavam fora, ao longo do período estudado, percebe-se um aumento significativo das que estão amamentando exclusivamente os bebês de até 2 meses de idade ($p < 0,05$).

Outra análise realizada foi em relação à paridade. Novamente as mulheres foram agrupadas em dois conjuntos: com apenas um filho (primípara) e com mais de um filho (múltipara). Nos anos de 1999 e 2000 não havia relação entre a paridade e o aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 2 meses. Essa situação se modificou, em 2002, com um aumento da prevalência de AME entre as múltiparas. Quando comparada a evolução do aleitamento materno exclusivo, entre as mulheres de primeiro filho e aquelas com mais de um filho, foi constatado que, entre as primíparas, o percentual de mulheres em AME se manteve em todas as faixas etárias, no período estudado. Porém, o comportamento das múltiparas se modificou ao longo do período, mostrando um aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo em todas as faixas etárias ($p < 0,05$), conforme mostram os Quadros de 3 a 5 e Tab. 17 (Anexo 3).

Foi analisada a variável “tipo de parto”¹. O percentual de mulheres em AME, cujas crianças nasceram por meio de parto normal ou parto cesárea, tem se mantido constante durante os anos analisados. Buscou-se, então, comparar o comportamento das mulheres que tiveram parto normal durante os três anos, conforme a faixa etária da criança, o mesmo sendo feito com as mulheres que tiveram parto cesárea. Não houve alteração no

¹ A taxa de cesárea tem se mantido alta no município, em torno de 59,5%.

comportamento das mulheres que fizeram cesárea, mantendo o percentual de AME. Diferentes comportamentos tiveram as mulheres que fizeram parto normal, mostrando um aumento significativo de AME, a partir do ano 2000, para crianças com faixa etária de 0 a 2 meses e de 4 a 6 meses ($p < 0,05$)

A última variável analisada foi quanto ao tipo de assistência médica. As mães foram agrupadas em dois conjuntos, aquelas que fizeram o pré-natal no SUS e as que utilizaram outro tipo de assistência médica. Observa-se um aumento da prevalência de AME ($p < 0,05$) nas mulheres que foram assistidas nas Unidades Básicas de Saúde, como mostra o Quadro 2.

QUADRO 2-Distribuição das crianças menores de seis meses segundo tipo de amamentação, características maternas e anos de pesquisa

| Características | AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|----------------------|-----|------|------|------|------|------|------|--------------------|
| | | n | % | n | % | n | % | |
| maternas | | | | | | | | |
| Escolaridade | | | | | | | | |
| Até 1º grau c | sim | 44 | 16,5 | 60 | 28,3 | 58 | 32,8 | p < 0,05 |
| | não | 222 | 83,5 | 152 | 71,7 | 119 | 67,2 | p < 0,05 |
| Acima de 1º grau c | sim | 50 | 31,6 | 63 | 38,9 | 43 | 29,3 | p > 0,05 |
| | não | 108 | 68,4 | 99 | 61,1 | 104 | 70,7 | p > 0,05 |
| Idade materna | | | | | | | | |
| < 20 anos | sim | 10 | 12,0 | 12 | 18,2 | 12 | 23,1 | p > 0,05 |
| | não | 73 | 88,0 | 54 | 81,8 | 40 | 76,9 | p > 0,05 |
| 20 – 35 anos | sim | 78 | 25,4 | 102 | 37,0 | 83 | 32,0 | p < 0,05 |
| | não | 229 | 74,6 | 174 | 63,0 | 176 | 68,0 | p < 0,05 |
| >= 35 anos | sim | 06 | 21,4 | 13 | 28,9 | 12 | 41,4 | p > 0,05 |
| | não | 22 | 78,6 | 32 | 71,1 | 17 | 58,6 | p > 0,05 |
| Paridade | | | | | | | | |
| Primípara | sim | 40 | 22,2 | 49 | 28,8 | 40 | 24,1 | p > 0,05 |
| | não | 140 | 77,8 | 121 | 71,2 | 126 | 75,9 | p > 0,05 |
| Múltipara | sim | 54 | 21,4 | 78 | 35,9 | 67 | 38,1 | p < 0,05 |
| | não | 198 | 78,6 | 139 | 64,1 | 109 | 61,9 | p < 0,05 |

| Tipo de parto | | | | | | | | |
|---------------------------|-----|-----|------|-----|------|-----|------|--------------------|
| Normal | sim | 36 | 18,4 | 53 | 32,1 | 48 | 32,2 | p < 0,05 |
| | não | 160 | 81,6 | 112 | 67,9 | 101 | 67,8 | p < 0,05 |
| Cesárea | sim | 61 | 22,6 | 80 | 31,9 | 63 | 28,0 | p > 0,05 |
| | não | 209 | 77,4 | 171 | 68,1 | 162 | 72,0 | p > 0,05 |
| Trabalho | | | | | | | | |
| Trabalha fora | sim | 43 | 17,3 | 37 | 31,4 | 22 | 25,6 | p < 0,05 |
| | não | 205 | 82,7 | 81 | 68,6 | 64 | 74,4 | p < 0,05 |
| Não trabalha fora | sim | 51 | 28,5 | 73 | 34,6 | 68 | 33,3 | p > 0,05 |
| | não | 128 | 71,5 | 138 | 65,4 | 136 | 66,7 | p > 0,05 |
| Assistência médica | | | | | | | | |
| SUS | sim | 59 | 18,5 | 93 | 32,5 | 82 | 31,7 | p < 0,05 |
| | não | 260 | 81,5 | 193 | 67,5 | 177 | 68,3 | p < 0,05 |
| Outros | sim | 39 | 25,7 | 40 | 29,9 | 32 | 26,9 | p > 0,05 |
| | não | 113 | 74,3 | 94 | 70,1 | 87 | 73,1 | p > 0,05 |

QUADRO 3-Distribuição das crianças de 0 a 2 meses segundo tipo de amamentação, características maternas e anos de pesquisa

| Características | AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|------------------------|------------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|--------------------|
| maternas | | | | | | | | |
| Escolaridade | | n | % | n | % | n | % | |
| Até 1º grau c | sim | 23 | 24,5 | 32 | 44,4 | 31 | 54,4 | p < 0,05 |
| | não | 71 | 75,5 | 40 | 55,6 | 26 | 45,6 | p < 0,05 |
| Acima de 1º grau c | sim | 30 | 60,0 | 34 | 60,7 | 20 | 47,6 | p > 0,05 |
| | não | 20 | 40,0 | 22 | 34,3 | 22 | 52,4 | p > 0,05 |
| Idade materna | | | | | | | | |
| < 20 anos | sim | 05 | 19,2 | 09 | 34,6 | 06 | 33,3 | p > 0,05 |
| | não | 21 | 80,8 | 17 | 65,4 | 12 | 66,7 | p > 0,05 |
| 20 – 35 anos | sim | 43 | 39,9 | 51 | 55,4 | 44 | 54,3 | p < 0,05 |
| | não | 65 | 60,1 | 41 | 44,6 | 37 | 66,7 | p < 0,05 |
| ≥ 35 anos | sim | 05 | 62,5 | 07 | 63,6 | 05 | 71,4 | p > 0,05 |
| | não | 03 | 37,5 | 04 | 36,4 | 02 | 28,6 | p > 0,05 |

Resultados

| Paridade | | | | | | | | |
|---------------------------|-----|----|------|----|------|----|------|-------------------|
| Primípara | sim | 20 | 33,3 | 29 | 49,2 | 21 | 38,2 | p >0,05 |
| | não | 40 | 66,7 | 30 | 50,8 | 34 | 61,8 | p >0,05 |
| Múltipara | sim | 33 | 37,9 | 38 | 54,3 | 34 | 66,6 | p <0,05 |
| | não | 54 | 62,1 | 32 | 45,7 | 17 | 33,4 | p <0,05 |
| Tipo de parto | | | | | | | | |
| Normal | sim | 18 | 29,0 | 28 | 50,0 | 26 | 52,0 | p <0,05 |
| | não | 44 | 71,0 | 28 | 50,0 | 24 | 48,0 | p <0,05 |
| Cesárea | sim | 35 | 37,6 | 43 | 51,8 | 32 | 50,8 | p >0,05 |
| | não | 58 | 62,4 | 40 | 48,2 | 31 | 49,2 | p >0,05 |
| Trabalho | | | | | | | | |
| Trabalha fora | sim | 23 | 24,5 | 15 | 60,0 | 11 | 61,1 | p >0,05 |
| | não | 71 | 75,5 | 10 | 40,0 | 07 | 38,9 | p >0,05 |
| Não trabalha fora | sim | 30 | 60,0 | 44 | 52,4 | 35 | 53,0 | p >0,05 |
| | não | 20 | 40,0 | 40 | 47,6 | 31 | 47,0 | p >0,05 |
| Assistência Médica | | | | | | | | |
| SUS | sim | 59 | 44,7 | 47 | 49,0 | 44 | 50,6 | p > 0,05 |
| | não | 73 | 55,3 | 49 | 51,0 | 43 | 49,4 | p > 0,05 |
| Outros | sim | 39 | 56,5 | 24 | 55,8 | 16 | 57,1 | p > 0,05 |
| | não | 30 | 43,5 | 19 | 44,2 | 12 | 42,9 | p > 0,05 |

QUADRO 4-Distribuição das crianças de 2 a 4 meses segundo tipo de amamentação, características maternas e anos de pesquisa

| Características | AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|------------------------|------------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------------|
| maternas | | | | | | | | |
| Escolaridade | | n | % | n | % | n | % | |
| Até 1º grau c | sim | 19 | 21,1 | 22 | 31,9 | 21 | 36,8 | p > 0,05 |
| | não | 71 | 78,9 | 47 | 68,1 | 36 | 63,2 | p > 0,05 |
| Acima de 1º grau c | sim | 16 | 32,0 | 24 | 40,7 | 15 | 30,6 | p > 0,05 |
| | não | 34 | 68,0 | 35 | 59,3 | 34 | 69,4 | p > 0,05 |

| Idade materna | | | | | | | | |
|---------------------------|-----|----|-------|----|------|----|------|---------|
| < 20 anos | sim | 04 | 13,8 | 03 | 13,6 | 04 | 16,0 | p> 0,05 |
| | não | 25 | 86,2 | 19 | 86,4 | 21 | 84,0 | p> 0,05 |
| 20 – 35 anos | sim | 30 | 29,4 | 42 | 43,3 | 28 | 37,8 | p> 0,05 |
| | não | 72 | 70,6 | 55 | 56,7 | 46 | 62,2 | p> 0,05 |
| >= 35 anos | sim | 01 | 25,0 | 04 | 25,0 | 06 | 50,0 | p> 0,05 |
| | não | 03 | 75,0 | 12 | 75,0 | 06 | 50,0 | p> 0,05 |
| Paridade | | | | | | | | |
| Primípara | sim | 16 | 27,1 | 18 | 28,6 | 15 | 24,6 | p> 0,05 |
| | não | 43 | 72,9 | 45 | 71,4 | 46 | 75,4 | p> 0,05 |
| Múltipara | sim | 19 | 22,6 | 31 | 43,1 | 23 | 46,0 | p> 0,05 |
| | não | 65 | 77,4 | 41 | 56,9 | 27 | 54,0 | p> 0,05 |
| Tipo de parto | | | | | | | | |
| Normal | sim | 17 | 23,6 | 18 | 30,0 | 17 | 32,7 | p> 0,05 |
| | não | 55 | 76,4 | 42 | 70,0 | 35 | 67,3 | p> 0,05 |
| Cesárea | sim | 21 | 25,3 | 33 | 37,9 | 22 | 30,1 | p> 0,05 |
| | não | 62 | 74,7 | 54 | 62,1 | 51 | 69,9 | p> 0,05 |
| Trabalho | | | | | | | | |
| Trabalha fora | sim | 20 | 21,5 | 17 | 39,5 | 08 | 30,8 | p> 0,05 |
| | não | 73 | 78,5 | 26 | 60,5 | 18 | 69,2 | p> 0,05 |
| Não trabalha fora | sim | 15 | 30,6 | 23 | 37,7 | 24 | 37,5 | p> 0,05 |
| | não | 34 | 69,4 | 38 | 62,3 | 40 | 62,1 | p> 0,05 |
| Assistência Médica | | | | | | | | |
| SUS | sim | 0 | 0 | 37 | 35,2 | 29 | 33,3 | p< 0,05 |
| | não | 91 | 100,0 | 68 | 64,8 | 58 | 66,7 | p< 0,05 |
| Outros | sim | 0 | 0 | 14 | 31,8 | 11 | 26,8 | p< 0,05 |
| | Não | 27 | 100,0 | 30 | 68,2 | 30 | 73,2 | p< 0,05 |

QUADRO 5-Distribuição das crianças de 4 a 6 meses segundo tipo de amamentação, características maternas e anos de pesquisa

| Características | AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|------------------------|------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|------|-------------------|
| maternas | | | | | | | | |
| Escolaridade | | n | % | n | % | n | % | |
| Até 1º grau c | sim | 02 | 2,4 | 06 | 8,5 | 06 | 9,5 | p> 0,05 |
| | não | 80 | 97,6 | 65 | 91,5 | 57 | 90,5 | p> 0,05 |
| Acima de 1º grau c | sim | 04 | 6,9 | 05 | 10,6 | 08 | 14,3 | p> 0,05 |
| | não | 54 | 93,1 | 42 | 89,4 | 48 | 85,7 | p> 0,05 |
| Idade materna | | | | | | | | |
| < 20 anos | sim | 01 | 3,6 | 0 | 0 | 02 | 22,2 | - |
| | não | 27 | 96,4 | 18 | 100,0 | 07 | 77,8 | - |
| 20 – 35 anos | sim | 05 | 5,2 | 09 | 10,3 | 11 | 10,6 | p> 0,05 |
| | não | 92 | 97,8 | 78 | 89,7 | 93 | 89,4 | p> 0,05 |
| >= 35 anos | sim | 0 | 0 | 02 | 11,1 | 01 | 10,0 | - |
| | não | 16 | 100,0 | 16 | 88,9 | 09 | 90,0 | - |
| Paridade | | | | | | | | |
| Primípara | sim | 04 | 6,6 | 02 | 4,2 | 04 | 8,0 | p> 0,05 |
| | não | 57 | 93,4 | 46 | 95,8 | 46 | 92,0 | p> 0,05 |
| Multipara | sim | 02 | 2,5 | 09 | 12,0 | 10 | 13,3 | p< 0,05 |
| | não | 79 | 97,5 | 66 | 88,0 | 65 | 86,7 | p< 0,05 |
| Tipo de parto | | | | | | | | |
| Normal | sim | 01 | 1,6 | 07 | 14,3 | 05 | 10,6 | p< 0,05 |
| | não | 61 | 98,4 | 42 | 85,7 | 42 | 89,4 | p< 0,05 |
| Cesárea | sim | 05 | 5,3 | 04 | 4,9 | 09 | 10,1 | p> 0,05 |
| | não | 89 | 94,7 | 77 | 95,1 | 80 | 89,9 | p> 0,05 |
| Trabalho | | | | | | | | |
| Trabalha fora | sim | 0 | 0 | 05 | 10,0 | 03 | 7,1 | p= 0,05 |
| | não | 61 | 100,0 | 45 | 90,0 | 39 | 92,9 | p= 0,05 |
| Não trabalha fora | sim | 06 | 7,5 | 06 | 9,1 | 09 | 12,2 | p> 0,05 |
| | não | 74 | 92,5 | 60 | 90,9 | 65 | 87,8 | p> 0,05 |

| Assistência Médica | | | | | | | | |
|---------------------------|-----|----|-------|----|------|----|------|-------------------|
| SUS | sim | 0 | 0 | 09 | 10,6 | 09 | 10,6 | p< 0,05 |
| | não | 96 | 100,0 | 76 | 89,4 | 76 | 89,4 | p< 0,05 |
| Outros | sim | 0 | 0 | 02 | 4,3 | 05 | 10,0 | p< 0,05 |
| | Não | 56 | 100,0 | 45 | 95,7 | 45 | 90,0 | p< 0,05 |

5- DISCUSSÃO

São João da Boa Vista é conhecida como a “cidade dos crepúsculos maravilhosos”, possui uma boa qualidade de vida (15º município do Estado de São Paulo, segundo o IDH), não há favelas, 100% da água é tratada e 97% do esgoto é coletado e tratado.

A saúde tem sido priorizada pelo poder público, facilitando a implantação e implementação de ações e projetos que visam à promoção e prevenção da saúde, assim como o tratamento e reabilitação. Por isso foi possível a implantação do Projeto Vida e a participação do município nas pesquisas sobre alimentação das crianças menores de um ano.

Como visto anteriormente, o Projeto Vida foi criado buscando melhorar a assistência à nutriz e à criança, idealizando, em última instância, a redução da morbi-mortalidade materna e infantil. Ao longo dos anos, desde sua criação, o Projeto tem sido avaliado sistematicamente sob a perspectiva administrativa. Todavia, até o presente momento nenhuma avaliação criteriosa, sob o ponto de vista do rigor científico, havia sido efetuada para comprovar a influência do Projeto em aspectos relacionados à população alvo, para a qual ele foi criado. Essa influência tornou-se visível através desta dissertação que para conseguir chegar a tal resultado utilizou como método de pesquisa o inquérito epidemiológico sobre amamentação, que vem sendo utilizado por vários municípios há alguns anos. A exemplo de outros estudos (VENÂNCIO, et al, 2002; KITOKO, et al, 2000; CARVALHAES, et al, 1998), a aplicação do questionário mostrou-se viável e de fácil operacionalização. Assim sendo, pode ser considerado um importante auxílio para administradores públicos da saúde no planejamento e avaliação de ações de incentivo ao aleitamento materno.

Kitoko et al. mostra que

em todas as cidades onde foi aplicada metodologia adotada no presente estudo, observou-se uma prevalência de amamentação exclusiva abaixo de 50% em menores de quatro meses e uma duração de amamentação exclusiva variando entre zero e sessenta dias (KITOKO et al., 2000).

Em outro estudo, que comparou a frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo, foram encontrados resultados semelhantes, com uma ampla variação nos municípios estudados, sendo evidenciados valores de 0% a

54% na frequência de amamentação exclusiva até quatro meses (VENÂNCIO et al., 2002). A investigação sobre amamentação realizada no município de Botucatu – SP, no ano de 1995, mostrou que a mediana de aleitamento materno exclusivo era de 17 dias (CARVALHAES et al., 1998).

De acordo com os Relatórios Técnicos de Pesquisas do Projeto Amamentação e Municípios, dos municípios que participaram da pesquisa, em 1999, a média de prevalência de crianças de 0 a 6 meses em aleitamento materno exclusivo foi de 13,9%, 12,9% em 2000 e em 2002 de 18,4%, e em 1999 participaram da pesquisa 111 municípios, em 2000 7 municípios e em 2002 21 municípios.

Os resultados obtidos neste estudo mostram uma prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses de 27,2%. Valores, portanto, acima da média dos outros municípios que participaram da mesma pesquisa. Quando a comparação é feita por ano, observa-se uma mudança na prevalência do aleitamento materno exclusivo. Pode-se afirmar que essa mudança é devida à implementação de ações de incentivo à amamentação. Logo após a pesquisa realizada em 1999, auxiliares de enfermagem e enfermeiros da rede pública, envolvidos com o Projeto Vida e o Programa de Assistência ao Pré-Natal, participaram do treinamento de Aconselhamento em Amamentação com duração de 40 horas e no ano seguinte foi promovida a I Semana Municipal de Aleitamento Materno. Por estes motivos a pesquisa foi repetida em 2000, para avaliar o impacto dessas ações. Os resultados evidenciam que houve impacto positivo.

O fato acima apontado coloca em discussão as conclusões de KUMMER, et al. (2000) e VENÂNCIO, et al. (2002) quando correlacionam o desmame precoce a um menor nível de escolaridade materna. É certo que os dados sanjoanenses contemplam, em sua maioria, mulheres de estratos sociais não privilegiados. Mas nem por isso excluem diferentes níveis de escolaridade. E o que eles demonstram é que, se num tempo zero o nível de educação formal pode indicar um percentual de AME mais alto, em havendo ações – pública e/ou privadas – buscando informar, sensibilizar, enfim, motivar, consegue-se até mesmo inverter essa situação.

A importância da informação é reforçada, em estudo sobre uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, realizado por GARCIA-MONTRONE E ROSE (1996), que “indica que programas educacionais que

fornecem instruções de fácil aplicação apresentam resultados significativos”. No mesmo estudo, os autores afirmam que a orientação durante o pré-natal é efetiva, mas que esta orientação precisar ser continuada durante todo o período de amamentação. Estudo realizado por CORREA (1998) confirma esta afirmação e comprova a importância da assistência hospitalar, de alta qualidade, humanizada e comprometida com a amamentação, à mãe e recém-nascido, durante e após o parto para o aumento na duração do aleitamento.

A exemplo de outros estudos (KITOKO, et al., 2000; CARVALHAES, et al., 1998), também em São João, os líquidos são introduzidos precocemente: 52,5% ofereciam água, 31,6% chá e 21,7% suco de frutas. Infelizmente, durante a realização desta dissertação, não foi possível levantar para a população sanjoanense estudada as causas desse tipo de comportamento. Mas um fato relevante observado (e sobre o qual seria conveniente ser objeto de especial atenção das equipes da Saúde do município) é que outros alimentos, como mingau, frutas em pedaços, sopa de legumes e comida de sal, foram oferecidas aos bebês, iniciando-se a partir dos 2 meses. O mingau, particularmente, foi introduzido de modo ainda mais precoce. Essa conduta contraria as recomendações da OMS e MS, que preconizam a introdução de alimentação complementar após os 6 meses (BRASIL, 2002).

Convém notar, também, que este estudo corrobora o que é apontado por RÉA et al.(1997), sob outros fatores essenciais para AME, além da licença maternidade. Apesar do declínio observado, no percentual de mulheres em atividades no mercado formal de trabalho durante os anos desta pesquisa (Tabelas de 23 a 26 anexo 3) os dados colhidos comprovam o desmame precoce em crianças cujas mães trabalham fora de casa. Considerando-se as dificuldades enfrentadas por mães de baixo poder aquisitivo, relacionadas à disponibilidade restrita de recursos de tempo e locomoção, medidas outras – além de creches – devem ser pensadas e incentivadas para assegurar o leite materno aos bebês cujas mães estão vinculadas a micro ou pequenas empresas, empregos domésticos, vendas porta-a-porta ou outros semelhantes.

Todavia, para a manutenção do aleitamento, é importante uma assistência humanizada e comprometida com a amamentação durante o pré-natal, no parto e o acompanhamento e desenvolvimento do bebê, identificando riscos para o desmame e intervindo precocemente.

O estudo mostra que o aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo aconteceu basicamente na faixa etária de 0 a 2 meses, mostrando a necessidade de ações que consigam fazer com que a amamentação continue até os 6 meses. A partir do momento em que haja um monitoramento sistemático da situação do aleitamento, em cada região do município através das Unidades Básicas de Saúde, identificando os grupos de riscos e fazendo uma intervenção, a prevalência poderá aumentar em todas as faixas etárias. O Projeto Vida, por meio da captação precoce dos bebês e identificação dos riscos consegue aumentar a amamentação exclusiva no início, porém é necessário o acompanhamento destas crianças, que pode ser conseguido mediante a reestruturação do Programa da Criança.

O estudo aponta para a necessidade de outros estudos que tenham como objeto o investimento em recursos humanos. Segundo REZENDE et al. (2002), o desafio é dar a informação que a mãe necessita quando ela está em condições de absorvê-la e aproveitá-la. Para os autores “a efetividade das ações voltadas para a recuperação, manutenção e proteção à saúde da criança está na dependência da adequada comunicação entre o pessoal de saúde e as mães ou responsáveis”.

Os indicadores de amamentação podem ser melhorados por meio de ações intersetoriais, que podem ser reforçadas no município, através de parcerias com outras instituições que trabalham com gestantes e os hospitais, incentivando e apoiando a Santa Casa para que se transforme em um Hospital Amigo da Criança.

6- CONCLUSÃO

Foi possível, com este estudo, colher evidências que sugerem a importância da política pública municipal no incentivo ao aleitamento materno, de modo a fornecer subsídios ao planejamento de outras ações.

Desde a implantação do Projeto Vida, houve um aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo.

Fazendo uma comparação entre os dados obtidos em 1999, 2000 e 2002 observa-se que houve um aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo em 2000 e uma diminuição, não significativa, em 2002.

Variáveis que estão associadas ao desmame precoce: introdução precoce de alimentos, trabalho materno, idade da mãe, paridade e escolaridade.

Os alimentos que mais freqüentemente são introduzidos na alimentação das crianças menores de 6 meses são: água, chá, suco de frutas, frutas em pedaços, sopa de legumes, mingau e comida de sal.

***7- REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação - um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120p.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**, 4. ed. São Paulo: Ática, 2000. 71p. Série História em Movimento.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, DF, 2002.
- CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L.; MANOEL, C. M.; VENÂNCIO, S. Y. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Revista Saúde Pública**, 32 (5): 430-6, 1998.
- CORRÊA, A. M. S. **Aleitamento Materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais**. Campinas, 1996 (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada**, 2. ed. Viçosa: Suprema, 2000.
- FOMON, S. J. **Nutricion infantil**, 2. ed. Nueva Editorial Interamericana S. A. de C. V. Cedro 512. México 4, D. F. México, 1976.
- GARCIA-MONTRONE, V; ROSE, J. C. Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar, **Cad Saúde Pública**, 12(1), 1996 - ISSN 0102-311X.
- GOLDENBERG, P. **Repensando a desnutrição como questão social**, 2. ed. Unicamp, Campinas, 1989.
- HARADA, M. J. C. S; PETERLINE, M. A. S; SCADONELLI, R; DIAS, E. C. Fatores associados ao desmame precoce e aleitamento misto em crianças internadas em uma enfermaria de pediatria . **Acta Paul Enfermagem**, 12(2): 27-34, 1999.
- INNOCENTI Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Florença, OMS/UNICEF,USAID/SIDA, 1990. Declaração conjunta de 01/08/1990.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Tabela de Estimativas das Populações Residentes**. Disponível em [http:// www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/) . Acesso em 10 de março de 2003.

- KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. Tradução de Zuleica Thompson e Orides Navarro Gordan. Reedição. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 178 p.
- KITOKO, P. M.; RÉA, M. F.; VENÂNCIO, S. Y.; VASCONCELLOS, A. C. C. P.; SANTOS, E. K. A.; MONTEIRO, C. A. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada, **Cad Saúde Pública**, 16(4): 1111 –9, 2000.
- KUMMER, S. C.; GIUGLIANI, L. O. S.; FOLLETO, J. I.; LERMEN, N. R.; WU, V.Y.J.; SANTOS, L. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Rev Saúde Pública**, 34(2): 143-8, 2000.
- MARTINS FILHO, J. **Como e porque amamentar**, São Paulo: Sarvier , 1989.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantiis**, Genebra: OMS, 1989. 32p.
- RÉA, M. F; VENÂNCIO, S.I; BATISTA, L.E; SANTOS, R. G; GREINER, T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev Saúde Pública**, 31(2):149-156, 1997.
- REZENDE, M. A.; SIGAUD, C. H. S.; VERÍSSIMO, M. D. R.; CHIESA, A. M.; BERTOLOZZI, M. R. O Processo de comunicação na promoção do aleitamento materno, **Revista Latino-Americana Enfermagem**, 10 (2), 2002.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- SÃO JOÃO DA BOA VISTA. Departamento Municipal De Saúde **Projeto Vida – Assistência ao Recém-Nascido**, 1997. (mimeo).
- SOKOL, E. J. **Em defesa da amamentação: manual para implantar o Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno**, IBFAN Brasil, São Paulo: 1999.
- TOMA, T. S. **Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes: avanços e retrocessos**, Instituto de Saúde/IBFAN. Disponível em: <<http://www.aleitamento.org.br/arquivo/btr.htm>>. Acesso em 30 out. 2003.

- TOMA, T. S.; MONTEIRO, C. A. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, 35(5): p.409-14, 2001.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo De Estudos De Políticas Públicas (NEEP). **Brasil 1986: Relatório sobre a situação social do país**, Campinas, 1988. 342p.
- VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER M. M. L.; GOMES, C. C.; COTRIM, L.C. Projeto amamentação e municípios. Relatório técnico de pesquisa. São Paulo: 2000.
- VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER M. M. L.; GOMES, C. C.; Projeto amamentação e municípios. Relatório técnico de pesquisa. São Paulo: 2002.
- VENÂNCIO, S.I.; ESCUDER, M. M. L.; KITOKO, P; RÉA, M. F.; MONTEIRO, C. A. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo, **Rev Saúde Pública**,. 36:313-8 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Update. Programme for Control of Diarrhoeal Diseases (10): 1-4, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Organization's infant-feeding recommendation**. Bull Word Health Organ, 73:165-74, 1995.
- WHO/UNICEF – Innocenti Declaration – Breastfeeding in the 1990s: a global initiative. **NU Nytt om U-landshälsalvård**. vol 5, 1991.
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. Tradução de Obstetric nursing. 7. ed Rio de Janeiro:Interamericana, 1980.

**8- OBRAS
CONSULTADAS**

CALDEIRA, P; GOULART, E. M. A. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, jan. - fev. 2000.

GARCIA-MONTRONE, V. **Formação de agentes comunitários para a promoção do aleitamento materno e da estimulação do bebê**. São Paulo: Manole , 2002.

NAKANO, A. M. S; MAMEDE, M. V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência, **Revista Latinoamericana de enfermagem**, 7(3) : 69- 76, 1999.

RODRIGUEZ GARCIA, R.; SCHAEFER, L. A. New concepts of breast-feeding, its promotion and the educacion fo health professionals, **Bol Oficina Sanit Panam**, 111(1):1-15; 1991.

VENÂNCIO, S. I. **Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em cento e onze municípios do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2002 (Tese - Doutorado –Universidade de São Paulo).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young children nutrition 55th**.World Health Assembly. Agenda item 13.10,18 May 2002. WHA55.25.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The optimal duration of exclusive breastfeeding** Note for the Press nº 7; 2 April 2001.

9- ANEXOS

(ANEXO 1)

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
SUB-PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO

“PROJETO VIDA”
FICHA DE VISITA DOMICILIAR

01 - Unidade responsável pelo atendimento:

- | | | |
|----------------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1 () Centro de Saúde | 5 () Jardim São Paulo | 8 () Pedregulho |
| 2 () Vila Conrado | 6 () Rosário | 9 () Bairro Alegre |
| 3 () Santo Antonio | 7 () Durval Nicolau | 10 () P.S.F. Recanto Jaguari |
| 4 () P.S.F. Vila Valentin | | |

02 – Data de recebimento da notificação do nascimento: ____/____/____

03 - Data da visita: ____/____/____

Semana da Visita:

- 1 () primeira semana após o nascimento
2 () segunda semana após o nascimento
3 () terceira semana após o nascimento
D () depois da terceira semana após o nascimento
N () não realizada
X () sem resposta

04-Nome da mãe:

1 () Santa Casa 2 () Hospital da Unimed 3 () Residência
4 () Outro Município - Qual ?

11 - Nome da criança: _____

Data de nascimento _____ / _____ / _____

Sexo: M () Masculino F () Feminino X () Sem
resposta

12 - Idade gestacional:

1 () A termo 2 () Prematuro X () Sem
resposta

13 - Aceitação da visita:

S () Sim N () Não X () Sem
resposta

Se não por que: _____

14 - Fez pré-natal?

S () Sim
N () Não
X () Sem resposta

15 - Quando iniciou o pré-natal?

1 () primeiro trimestre 4 () não fez pré-natal
2 () segundo trimestre X () Sem resposta
3 () terceiro trimestre

16 - Número de consultas de pré-natal?

1 () não fez 4 () de 6 a 9 X () sem
resposta

- 2 () menos de 3 5 () de 10 a 13
3 () de 3 a 5 6 () mais de 13

17 - Mora com o pai da criança?

- S () Sim N () Não X () Sem

Resposta

18 - Ele aprova a amamentação?

- S () Sim I () Ignorado
N () Não X () Sem resposta

19 - Assistência médica:

- P () Particular O () Outros
C () Convênio X () Sem resposta
S () SUS

20 - Habitação:

- 1 () Unifamiliar 4 () Outros
2 () Coletiva X () Sem resposta
3 () Cortiço

21 - Número de quartos:

- 1 () um cômodo somente 4 () 3 quartos
2 () 1 quarto 5 () mais de 3 quartos
3 () 2 quartos X () Sem resposta

22 - Número de pessoas que moram na residência:

- 1 () menos de 3 4 () 10 ou mais
2 () 3 a 5 X () Sem Resposta
3 () 6 a 9

30 - Houve informação do profissional de saúde sobre aleitamento materno neste pré-natal?

S Sim N Não X Sem resposta

Quem forneceu?

- 1 Auxiliar de enfermagem
2 Médico
3 Curso de gestante
4 Outros
X Sem resposta

31 - Amamentou o filho anterior?

S Sim N Não X Sem resposta

Se sim, quanto tempo?

- 1 0 a 3 meses 4 mais de 12 meses
2 4 a 6 meses X Sem resposta
3 7 a 12 meses

Se não amamentou ou amamentou menos de 4 meses, por que parou?

- | | |
|---|---|
| 01 <input type="checkbox"/> É primípara | 08 <input type="checkbox"/> Doença do bebê |
| 02 <input type="checkbox"/> Não quis | 09 <input type="checkbox"/> Bebê não pegou |
| 03 <input type="checkbox"/> Doença da mãe | 10 <input type="checkbox"/> Leite fraco ou insuficiente |
| 04 <input type="checkbox"/> Recomendações médicas | 11 <input type="checkbox"/> Doenças das mamas |
| 05 <input type="checkbox"/> Bico invertido | 12 <input type="checkbox"/> Abocanhadura incorreta |
| 06 <input type="checkbox"/> Trabalho doméstico | 13 <input type="checkbox"/> Outros |
| 07 <input type="checkbox"/> Retorno ao emprego | X <input type="checkbox"/> Sem resposta |

32 - Pensava em amamentar esse bebê?

S Sim N Não X Sem resposta

33 - Você dá ao seu bebê:

- 1 () Somente leite materno
- 2 () Leite materno + chá e/ou água
- 3 () Leite materno e outro leite. Qual?

- 4 () Somente outro leite. Qual?

- 5 () Leite e outro (s) tipo (s) de alimento. Qual (is)? _____
- 6 () Somente outro tipo de alimento. Qual (is)?

- X () Sem resposta

34 - Se não está amamentando exclusivamente no peito , porque?

- 1 () Doença da mãe
- 2 () Recomendações médicas. Qual o motivo? _____
- 3 () Bico invertido
- 4 () Trabalho materno
- 5 () Doença do bebê
- 6 () Leite fraco ou insuficiente
- 7 () Bebê não pega
- 8 () Doença das mamas
- 9 () Abocanhadura incorreta
- O () Outras
- X () Sem resposta

35 - Em caso de estar fornecendo outro leite, quem orientou?

- 1 () Médico
- 2 () Parentes
- 3 () Por conta própria
- 4 () Outros

X () Sem resposta

36 - Estado das mamas:

N - () Normais

E () Ingurgitadas e empedradas

R () Só com rachaduras

T () Ingurgitadas, empedradas e com rachaduras

X () Sem resposta

37 - Está tendo ajuda no puerpério?

S () Sim

N () Não

X () Sem resposta

38 - Houve necessidade de avisar a Promoção Social?

S () Sim

N () Não

X () Sem resposta

39 - Em caso afirmativo, a visita foi realizada?

S () Sim

N () Não

E () Em andamento

X () Sem resposta

40 - Conduta frente ao caso:

A () Alta na primeira visita

N () Nova visita domiciliar agendada

X () Sem resposta

41 - Outros agendamentos:

Consulta médica do recém nascido S () Sim N () Não X () Sem resposta

Consulta médica da puérpera S () Sim N () Não X () Sem resposta

At. de enfermagem da puérpera S () Sim N () Não X () Sem resposta

42 - Responsável pela visita:

43 - Foi realizada revisita?

S () Sim N () Não X () Sem resposta

44 - Responsável pela revisita:

RELATÓRIO

(ANEXO 2)

Instituto de Saúde/SES-SP

“Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais”

N° □□□□

01-DATA: ____/____/____ 02-

ENTREVISTADOR: _____

03-MUNICÍPIO: _____ 04-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____ 04a-ÁREA Urbana
Rural

**FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS
COM MENOS DE ANO DE IDADE QUE COMPARECEREM À VACINAÇÃO**

05-A SRA. (SR.) PODE ME DIZER O NOME DESTA CRIANÇA? _____ (Anotar apenas o 1º nome)

06-DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA ____/____/____ (Anotar da carteira de vacinação)

06a-Sexo : Masculino Feminino

07-A SRA. É A MÃE DA CRIANÇA? Sim Não

**O
Q
U
Ê
C
O
M
E
U
D
E
O
N
T
E
M
P/
H
O
J
E
?**

A SENHORA (OU SR.) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALANDO O NOME DE CADA ALIMENTO E A SRA. (SR.) ME RESPONDE SIM OU NÃO, ESTÁ BEM?

08-LEITE DE PEITO? Sim Não Não Sabe

09-SE TOMOU LEITE DE PEITO→QUANTAS VEZES? ____ (Anotar 8 se for 8 vezes ou mais) Não Sabe

10-LEITE EM PÓ? Sim Não Não Sabe

11-SE SIM→QUAL A MARCA? _____ Não sabe

← PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO:

FÓRMULA INFANTIL LEITE INTEGRAL OUTRO TIPO DE LEITE EM PÓ

12-OUTRO LEITE? Sim Não Não Sabe

13-MINGAU OU PAPA? Sim Não Não Sabe

14-SOPA DE LEGUMES? Sim Não Não Sabe

15-SE TOMOU SOPA →COM CARNE? Sim Não Não Sabe

16-COMIDA DE PANELA? Sim Não Não Sabe

17-SE COMEU COMIDA→ COM CARNE? Sim Não Não Sabe

18-SE COMEU COMIDA→ COM FEIJÃO? Sim Não Não Sabe

19-ÁGUA PURA? Sim Não Não Sabe

20-ÁGUA COM AÇÚCAR? Sim Não Não Sabe

21-CHÁ? Sim Não Não Sabe

22-SUCO DE FRUTA? Sim Não Não Sabe

23-FRUTA (EM PEDAÇO OU AMASSADA)? Sim Não Não Sabe

23a-OUTROS _____

24-ALGUM DESSES ALIMENTOS (OU LÍQUIDOS) FOI DADO POR MAMADEIRA OU CHUQUINHA?

Sim Não Não Sabe

25-A CRIANÇA CHUPA CHUPETA? Sim Não Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS MENORES DE ANO

INFORMAÇÕES SOBRE NASCIMENTO, PARTO E ATENDIMENTO MÉDICO:

26-HOSPITAL ONDE A CRIANÇA

NASCEU: _____

(Anote o nome) Nasceu em casa Não Sabe

27-MUNICÍPIO ONDE A CRIANÇA NASCEU: _____ (Anote o nome)

Não Sabe

28-PESO AO NASCER: _____ gramas (Anote da carteira de vacinação)

29-TIPO DE PARTO: ? Normal Fórceps Cesárea Não Sabe

30-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA?(Assinale apenas uma alternativa)

Serviço Particular ou Convênio Rede Pública _____ em branco/não sabe

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO SUPERVISOR DE CAMPO:

Unidade Básica de Saúde

Unidade de Saúde da Família
Especifique

30b-ESTA CRIANÇA JÁ FOI INTERNADA ALGUMA VEZ?

Sim Quantas vezes? _____ Não Não Sabe

Qual a razão da última internação? _____

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES

31-COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE? _____ (Anote em dias)

Nasceu em casa Não Sabe

NO PRIMEIRO DIA EM CASA A CRIANÇA:

32- MAMOU NO PEITO? Sim Não Não Sabe

33-TOMOU OUTRO LEITE QUE NÃO O LEITE DE PEITO? Sim Não Não Sabe

34-TOMOU ÁGUA? Sim Não Não Sabe

35-TOMOU ÁGUA COM AÇÚCAR? Sim Não Não Sabe

36-TOMOU CHÁ? Sim Não Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO

APENAS QUANDO O ACOMPANHANTE DA CRIANÇA FOR A MÃE

37-QUAL É A SUA IDADE? _____ (Anos)

38-ESTA CRIANÇA É SEU PRIMEIRO FILHO? Sim Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)

39-A SRA. SABE LER E ESCREVER? Sim Não

40-A SRA. ESTA ESTUDANDO? Sim (Passe para a questão 42) Não

41-A SRA. JÁ FREQUENTOU A ESCOLA? Sim Não (Passe para questão 44)

42-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE COMPLETOU? _____ 43-E GRAU? _____

44-A SRA. TRABALHAVA FORA DE CASA QUANDO ENGRAVIDOU DESTA CRIANÇA?

Sim Não

45-SE TRABALHOU DURANTE A GRAVIDEZ, TEVE LICENÇA MATERNIDADE?

Sim Não (Passe para a questão 47) Não se aplica (Passe para a questão 47)

46-AINDA ESTA DE LICENÇA MATERNIDADE? Sim Não

47-ATUALMENTE A SRA. ESTÁ TRABALHANDO FORA DE CASA? Sim (Questão 48 e 49) Não (Encerrar)

48- SE SIM, QUANTAS HORAS TRABALHA FORA? _____

49- QUAL A SUA OCUPAÇÃO? _____

Observações: _____

(ANEXO 3)

TABELA 5-Distribuição das crianças de 0 a 2 meses segundo a escolaridade materna e tipo de amamentação

Ano da Pesquisa - 1999

Escolaridade

| AME | Até 1º grau c | | Acima 1º grau c | | Valor de p |
|--------------|---------------|-------|-----------------|-------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 23 | 24,5 | 30 | 60,0 | p <0,05 |
| Não | 71 | 75,5 | 20 | 40,0 | p <0,05 |
| Total | 94 | 100,0 | 50 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

Escolaridade

| AME | Até 1º grau c | | Acima 1º grau c | | Valor de p |
|--------------|---------------|-------|-----------------|-------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 32 | 44,4 | 34 | 60,7 | p>0,05 |
| Não | 40 | 55,6 | 22 | 34,3 | p>0,05 |
| Total | 72 | 100,0 | 56 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

Escolaridade

| AME | Até 1º grau c | | Acima 1º grau c | | Valor de p |
|--------------|---------------|-------|-----------------|-------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 31 | 54,4 | 20 | 47,6 | p>0,05 |
| Não | 26 | 45,6 | 22 | 52,4 | p>0,05 |
| Total | 57 | 100,0 | 42 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 6-Distribuição das crianças de 2 a 4 meses segundo a escolaridade materna e tipo de amamentação

Ano da Pesquisa - 1999

Escolaridade

| AME | Até 1º grau c | | Acima 1º grau c | | Valor de p |
|--------------|----------------------|----------|------------------------|----------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 19 | 21,1 | 16 | 32,0 | p >0,05 |
| Não | 71 | 78,9 | 34 | 68,0 | p >0,05 |
| Total | 90 | 100,0 | 50 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

Escolaridade

| AME | Até 1º grau c | | Acima 1º grau c | | Valor de p |
|--------------|----------------------|----------|------------------------|----------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 22 | 31,9 | 24 | 40,7 | p >0,05 |
| Não | 47 | 68,1 | 35 | 59,3 | p >0,05 |
| Total | 69 | 100,0 | 59 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

Escolaridade

| AME | Até 1º grau c | | Acima 1º grau c | | Valor de p |
|--------------|----------------------|----------|------------------------|----------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 21 | 36,8 | 15 | 30,6 | p >0,05 |
| Não | 36 | 63,2 | 34 | 69,4 | p >0,05 |
| Total | 57 | 100,0 | 49 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 7-Distribuição das crianças de 4 a 6 meses segundo a escolaridade materna e tipo de amamentação

Ano da Pesquisa - 1999

Escolaridade

| AME | Até 1º grau c | | Acima 1º grau c | | Valor de p |
|--------------|---------------|--------------|-----------------|--------------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 02 | 2,4 | 04 | 6,9 | p >0,05 |
| Não | 80 | 97,6 | 54 | 93,1 | p >0,05 |
| Total | 82 | 100,0 | 58 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

Escolaridade

| AME | Até 1º grau c | | Acima 1º grau c | | Valor de p |
|--------------|---------------|--------------|-----------------|--------------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 06 | 8,5 | 05 | 10,6 | p >0,05 |
| Não | 65 | 91,5 | 42 | 89,4 | p >0,05 |
| Total | 71 | 100,0 | 47 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

Escolaridade

| AME | Até 1º grau c | | Acima 1º grau c | | Valor de p |
|--------------|---------------|--------------|-----------------|--------------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 06 | 9,5 | 08 | 14,3 | p >0,05 |
| Não | 57 | 90,5 | 48 | 85,7 | p >0,05 |
| Total | 63 | 100,0 | 56 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 8-Distribuição das mulheres com escolaridade até o 1º grau completo, tipo de amamentação e ano da pesquisa

Faixa Etária - 0 a 2 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 23 | 24,5 | 32 | 44,4 | 31 | 54,4 | p <0,05 |
| Não | 71 | 75,5 | 40 | 55,6 | 26 | 45,6 | p <0,05 |
| Total | 94 | 100,0 | 72 | 100,0 | 57 | 100,0 | |

Faixa Etária - 2 a 4 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 19 | 21,1 | 22 | 31,9 | 21 | 36,8 | p >0,05 |
| Não | 71 | 78,9 | 47 | 68,1 | 36 | 63,2 | p >0,05 |
| Total | 90 | 100,0 | 69 | 100,0 | 57 | 100,0 | |

Faixa Etária - 4 a 6 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 02 | 2,4 | 06 | 8,5 | 06 | 9,5 | p >0,05 |
| Não | 80 | 97,6 | 65 | 91,5 | 57 | 90,5 | p >0,05 |
| Total | 82 | 100,0 | 71 | 100,0 | 63 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 9-Distribuição das mulheres com escolaridade acima do 1º grau completo, tipo de amamentação e ano da pesquisa.

Faixa Etária - 0 a 2 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|-----------------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 30 | 60,0 | 34 | 60,7 | 20 | 47,6 | p >0,05 |
| Não | 20 | 40,0 | 22 | 39,3 | 22 | 52,4 | p >0,05 |
| Total | 50 | 100,0 | 56 | 100,0 | 44 | 100,0 | |

Faixa Etária - 2 a 4 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|-----------------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 16 | 32,0 | 24 | 40,7 | 15 | 30,6 | p >0,05 |
| Não | 34 | 68,0 | 35 | 59,3 | 34 | 69,4 | p >0,05 |
| Total | 50 | 100,0 | 59 | 100,0 | 49 | 100,0 | |

Faixa Etária - 4 a 6 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|-----------------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 04 | 6,9 | 05 | 10,6 | 08 | 14,3 | p >0,05 |
| Não | 54 | 93,1 | 42 | 89,4 | 48 | 85,7 | p >0,05 |
| Total | 58 | 100,0 | 47 | 100,0 | 56 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 10-Distribuição das crianças de 0 a 2 meses segundo a idade materna e tipo de amamentação.

Ano da Pesquisa - 1999

Faixa Etária

| AME | <20anos | | 20-35anos | | >35anos | | Valor p |
|--------------|---------|-------|-----------|-------|---------|-------|---------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 05 | 19,2 | 43 | 39,8 | 05 | 62,5 | p <0,05 |
| Não | 21 | 80,8 | 65 | 60,2 | 03 | 37,5 | p <0,05 |
| Total | 26 | 100,0 | 108 | 100,0 | 08 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

Faixa Etária

| AME | <20anos | | 20-35anos | | >35anos | | Valor p |
|--------------|---------|-------|-----------|-------|---------|-------|---------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 09 | 34,6 | 51 | 55,4 | 07 | 63,6 | p >0,05 |
| Não | 17 | 65,4 | 41 | 44,6 | 04 | 36,4 | p >0,05 |
| Total | 26 | 100,0 | 92 | 100,0 | 11 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

Faixa Etária

| AME | <20anos | | 20-35anos | | >35anos | | Valor p |
|--------------|---------|-------|-----------|-------|---------|-------|---------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 06 | 33,3 | 44 | 54,3 | 05 | 71,4 | p >0,05 |
| Não | 12 | 66,7 | 37 | 45,7 | 02 | 28,6 | p >0,05 |
| Total | 18 | 100,0 | 81 | 100,0 | 07 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 11-Distribuição das crianças de 2 a 4 meses segundo a idade materna e tipo de amamentação.

Ano da Pesquisa - 1999

Faixa Etária

| AME | <20anos | | 20-35anos | | >35anos | | Valor p |
|--------------|---------|-------|-----------|-------|---------|-------|---------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 04 | 13,8 | 30 | 29,4 | 01 | 25,0 | p >0,05 |
| Não | 25 | 86,2 | 72 | 70,6 | 03 | 75,0 | p >0,05 |
| Total | 29 | 100,0 | 102 | 100,0 | 04 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

Faixa Etária

| AME | <20anos | | 20-35anos | | >35anos | | Valor p |
|--------------|---------|-------|-----------|-------|---------|-------|---------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 03 | 13,6 | 42 | 43,3 | 04 | 25,0 | p <0,05 |
| Não | 19 | 86,4 | 55 | 56,7 | 12 | 75,0 | p <0,05 |
| Total | 22 | 100,0 | 97 | 100,0 | 16 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

Faixa Etária

| AME | <20anos | | 20-35anos | | >35anos | | Valor p |
|--------------|---------|-------|-----------|-------|---------|-------|---------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 04 | 16,0 | 28 | 37,8 | 06 | 50,0 | p >0,05 |
| Não | 21 | 84,0 | 46 | 62,2 | 06 | 50,0 | p >0,05 |
| Total | 25 | 100,0 | 74 | 100,0 | 12 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 12-Distribuição das crianças de 4 a 6 meses segundo a idade materna e tipo de amamentação

Ano da Pesquisa - 1999

Faixa Etária

| AME | <20anos | | 20-35anos | | >35anos | | Valor p |
|--------------|-------------------|-------|------------------|-------|-------------------|-------|----------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 01 | 3,6 | 05 | 39,8 | 0 | 0 | p >0,05 |
| Não | 27 | 96,4 | 92 | 60,2 | 16 | 100,0 | p >0,05 |
| Total | 28 | 100,0 | 97 | 100,0 | 16 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

Faixa Etária

| AME | <20anos | | 20-35anos | | >35anos | | Valor p |
|--------------|-------------------|-------|------------------|-------|-------------------|-------|----------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 0 | 0 | 09 | 10,3 | 02 | 11,1 | p >0,05 |
| Não | 18 | 100,0 | 78 | 89,7 | 16 | 88,9 | p >0,05 |
| Total | 18 | 100,0 | 87 | 100,0 | 18 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

Faixa Etária

| AME | <20anos | | 20-35anos | | >35anos | | Valor p |
|--------------|-------------------|-------|------------------|-------|-------------------|-------|----------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 02 | 22,2 | 11 | 10,6 | 01 | 10,0 | p >0,05 |
| Não | 07 | 77,8 | 93 | 89,4 | 09 | 90,0 | p >0,05 |
| Total | 09 | 100,0 | 104 | 100,0 | 10 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 13-Distribuição das mulheres menores de 20 anos, tipo de amamentação e ano da pesquisa

Faixa Etária - 0 a 2 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 05 | 19,2 | 09 | 34,6 | 06 | 33,3 | p >0,05 |
| Não | 21 | 80,8 | 17 | 65,4 | 12 | 66,7 | p >0,05 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100,0 | 18 | 100,0 | |

Faixa Etária - 2 a 4 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 04 | 13,8 | 03 | 13,6 | 04 | 16,0 | p >0,05 |
| Não | 25 | 86,2 | 19 | 86,4 | 21 | 84,0 | p >0,05 |
| Total | 29 | 100,0 | 22 | 100,0 | 25 | 100,0 | |

Faixa Etária - 4 a 6 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 01 | 3,6 | 0 | 0 | 02 | 22,2 | p <0,05 |
| Não | 27 | 96,4 | 18 | 100,0 | 07 | 77,8 | p <0,05 |
| Total | 28 | 100,0 | 18 | 100,0 | 09 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 14 – Distribuição das mulheres de 20 a 35 anos, tipo de amamentação e ano da pesquisa

Faixa Etária - 0 a 2 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|-----------------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 43 | 39,9 | 51 | 55,4 | 44 | 54,3 | p <0,05 |
| Não | 65 | 60,1 | 41 | 44,6 | 37 | 66,7 | p <0,05 |
| Total | 108 | 100,0 | 92 | 100,0 | 81 | 100,0 | |

Faixa Etária - 2 a 4 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|-----------------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 30 | 29,4 | 42 | 43,3 | 28 | 37,8 | p >0,05 |
| Não | 72 | 70,6 | 55 | 56,7 | 46 | 62,2 | p >0,05 |
| Total | 102 | 100,0 | 97 | 100,0 | 74 | 100,0 | |

Faixa Etária - 4 a 6 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|-----------------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 05 | 5,2 | 09 | 10,3 | 11 | 10,6 | p >0,05 |
| Não | 92 | 94,8 | 78 | 89,7 | 93 | 89,4 | p >0,05 |
| Total | 97 | 100,0 | 87 | 100,0 | 104 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 15-Distribuição das mulheres maiores de 35 anos, tipo de amamentação e ano da pesquisa

Faixa Etária - 0 a 2 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|------|----------|------|----------|------|----------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 05 | 62,5 | 07 | 63,6 | 05 | 71,4 | p >0,05 |
| Não | 03 | 37,5 | 04 | 36,4 | 02 | 28,6 | p >0,05 |
| Total | | 08 100,0 | | 11 100,0 | | 07 100,0 | |

Faixa Etária - 2 a 4 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|------|----------|------|----------|------|----------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 01 | 25,0 | 04 | 25,0 | 06 | 50,0 | p >0,05 |
| Não | 03 | 75,0 | 12 | 75,0 | 06 | 50,0 | p >0,05 |
| Total | | 04 100,0 | | 16 100,0 | | 12 100,0 | |

Faixa Etária - 4 a 6 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|------|----------|------|----------|------|----------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 0 | 0 | 02 | 11,1 | 01 | 10,0 | p >0,05 |
| Não | 16 | 100,0 | 16 | 88,9 | 09 | 90,0 | p >0,05 |
| Total | | 16 100,0 | | 18 100,0 | | 10 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 16-Distribuição das mulheres primíparas, tipo de amamentação e ano da pesquisa

Faixa Etária - 0 a 2 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|------------------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 20 | 33,3 | 29 | 49,2 | 21 | 38,2 | p >0,05 |
| Não | 40 | 66,7 | 30 | 50,8 | 34 | 61,8 | p >0,05 |
| Total | 60 | 100,0 | 59 | 100,0 | 55 | 100,0 | |

Faixa Etária - 2 a 4 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|------------------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 16 | 27,1 | 18 | 28,6 | 15 | 24,6 | p >0,05 |
| Não | 43 | 72,9 | 45 | 71,4 | 46 | 75,4 | p >0,05 |
| Total | 59 | 100,0 | 63 | 100,0 | 61 | 100,0 | |

Faixa Etária - 4 a 6 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|------------------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 04 | 6,6 | 02 | 4,2 | 04 | 8,0 | p >0,05 |
| Não | 57 | 93,4 | 46 | 95,8 | 46 | 92,0 | p >0,05 |
| Total | 61 | 100,0 | 48 | 100,0 | 50 | 100,0 | |

Fonte: EPI INFO, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 17-Distribuição das mulheres múltiparas, tipo de amamentação e ano da pesquisa

Faixa Etária - 0 a 2 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 33 | 37,9 | 38 | 54,3 | 34 | 66,6 | p <0,05 |
| Não | 54 | 62,1 | 32 | 45,7 | 17 | 33,4 | p <0,05 |
| Total | 87 | 100,0 | 70 | 100,0 | 51 | 100,0 | |

Faixa Etária - 2 a 4 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 19 | 22,6 | 31 | 43,1 | 23 | 46,0 | p <0,05 |
| Não | 65 | 77,4 | 41 | 56,9 | 27 | 54,0 | p <0,05 |
| Total | 84 | 100,0 | 72 | 100,0 | 50 | 100,0 | |

Faixa Etária - 4 a 6 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 02 | 2,5 | 09 | 12,0 | 10 | 13,3 | p <0,05 |
| Não | 79 | 97,5 | 66 | 88,0 | 65 | 86,7 | p <0,05 |
| Total | 81 | 100,0 | 75 | 100,0 | 75 | 100,0 | |

Fonte: EPI INFO, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 18-Distribuição das crianças de 0 a 2 meses segundo o tipo de parto e tipo de amamentação

Ano da Pesquisa - 1999

| AME | Tipo de Parto | | | | Valor de p |
|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | Normal | | Cesárea | | |
| | n | % | n | % | |
| Sim | 18 | 29,0 | 35 | 37,6 | p >0,05 |
| Não | 44 | 71,0 | 58 | 62,4 | p >0,05 |
| Total | 62 | 100,0 | 93 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

| AME | Tipo de Parto | | | | Valor de p |
|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | Normal | | Cesárea | | |
| | n | % | n | % | |
| Sim | 28 | 50,0 | 43 | 51,8 | p >0,05 |
| Não | 28 | 50,0 | 40 | 48,2 | p >0,05 |
| Total | 56 | 100,0 | 83 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

| AME | Tipo de Parto | | | | Valor de p |
|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | Normal | | Cesárea | | |
| | n | % | n | % | |
| Sim | 26 | 52,0 | 32 | 50,8 | p >0,05 |
| Não | 24 | 48,0 | 31 | 49,2 | p >0,05 |
| Total | 50 | 100,0 | 63 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 19-Distribuição das crianças de 2 a 4 meses segundo o tipo de parto e tipo de amamentação

Ano da Pesquisa - 1999

| AME | Tipo de Parto | | | | Valor de p |
|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | Normal | | Cesárea | | |
| | n | % | n | % | |
| Sim | 7 | 23,6 | 21 | 25,3 | p >0,05 |
| Não | 55 | 76,4 | 62 | 74,7 | p >0,05 |
| Total | 69 | 100,0 | 83 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

Tipo de Parto

| AME | Normal | | Cesárea | | Valor de p |
|--------------|--------|-------|---------|-------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 18 | 30,0 | 33 | 37,9 | p>0,05 |
| Não | 42 | 70,0 | 54 | 62,1 | p>0,05 |
| Total | 60 | 100,0 | 87 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

Tipo de Parto

| AME | Normal | | Cesárea | | Valor de p |
|--------------|--------|-------|---------|-------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 17 | 32,7 | 22 | 30,1 | p>0,05 |
| Não | 35 | 67,3 | 51 | 69,9 | p>0,05 |
| Total | 52 | 100,0 | 73 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 20-Distribuição das crianças de 4 a 6 meses segundo o tipo de parto e tipo de amamentação

Ano da Pesquisa - 1999

Tipo de Parto

| AME | Normal | | Cesárea | | Valor de p |
|--------------|--------|-------|---------|-------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 01 | 1,6 | 05 | 5,3 | p >0,05 |
| Não | 61 | 98,4 | 89 | 94,7 | p >0,05 |
| Total | 62 | 100,0 | 94 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

Tipo de Parto

| AME | Normal | | Cesárea | | Valor de p |
|--------------|--------|-------|---------|-------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 07 | 14,3 | 04 | 4,9 | p>0,05 |
| Não | 42 | 85,7 | 77 | 95,1 | p>0,05 |
| Total | 49 | 100,0 | 81 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

Tipo de Parto

| AME | Normal | | Cesárea | | Valor de p |
|--------------|--------|-------|---------|-------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 05 | 10,6 | 09 | 10,1 | p>0,05 |
| Não | 42 | 89,4 | 80 | 89,9 | p>0,05 |
| Total | 47 | 100,0 | 89 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 21-Distribuição das mulheres cujas crianças nasceram de parto normal, tipo de amamentação e ano da pesquisa

Faixa Etária - 0 a 2 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 18 | 29,0 | 28 | 50,0 | 26 | 52,0 | p <0,05 |
| Não | 44 | 71,0 | 28 | 50,0 | 24 | 48,0 | p <0,05 |
| Total | 62 | 100,0 | 56 | 100,0 | 50 | 100,0 | |

Faixa Etária - 2 a 4 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|------|-------|------|-------|------|-------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 17 | 23,6 | 18 | 30,0 | 17 | 32,7 | p >0,05 |
| Não | 55 | 76,4 | 42 | 70,0 | 35 | 67,3 | p >0,05 |
| Total | 72 | 100,0 | 60 | 100,0 | 52 | 100,0 | |

Faixa Etária - 4 a 6 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2002 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 01 | 1,6 | 07 | 14,3 | 05 | 10,6 | p <0,05 |
| Não | 61 | 98,4 | 42 | 85,7 | 42 | 89,4 | p <0,05 |
| Total | 62 | 100,0 | 49 | 100,0 | 47 | 100,0 | |

Fonte: EPI INFO, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 22-Distribuição das mulheres cujas crianças nasceram de parto cesárea, tipo de amamentação e ano da pesquisa

Faixa Etária - 0 a 2 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 35 | 37,6 | 43 | 51,8 | 32 | 50,8 | p >0,05 |
| Não | 58 | 62,4 | 40 | 48,2 | 31 | 49,2 | p >0,05 |
| Total | 93 | 100,0 | 83 | 100,0 | 63 | 100,0 | |

Faixa Etária - 2 a 4 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 21 | 25,3 | 33 | 37,9 | 22 | 30,1 | p >0,05 |
| Não | 62 | 74,7 | 54 | 62,1 | 51 | 69,9 | p >0,05 |
| Total | 83 | 100,0 | 87 | 100,0 | 73 | 100,0 | |

Faixa Etária - 4 a 6 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2002 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Sim | 05 | 5,3 | 04 | 4,8 | 09 | 10,1 | p >0,05 |
| Não | 89 | 94,7 | 77 | 95,2 | 80 | 89,9 | p >0,05 |
| Total | 94 | 100,0 | 81 | 100,0 | 89 | 100,0 | |

Fonte: EPI INFO, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 23-Distribuição das crianças de 0 a 2 meses segundo o trabalho materno e tipo de amamentação

Ano da Pesquisa - 1999

Trabalha Fora

| AME | Sim | | Não | | Valor de p |
|--------------|------------|----------|------------|----------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 23 | 24,5 | 30 | 60,0 | p <0,05 |
| Não | 71 | 75,5 | 20 | 40,0 | p <0,05 |
| Total | 94 | 100,0 | 50 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

Trabalha Fora

| AME | Sim | | Não | | Valor de p |
|--------------|------------|----------|------------|----------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 15 | 60,0 | 44 | 52,4 | p >0,05 |
| Não | 10 | 40,0 | 40 | 47,6 | p >0,05 |
| Total | 25 | 100,0 | 84 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

Trabalha Fora

| AME | Sim | | Não | | Valor de p |
|--------------|------------|----------|------------|----------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 11 | 61,1 | 35 | 53,0 | p >0,05 |
| Não | 07 | 38,9 | 31 | 47,0 | p >0,05 |
| Total | 18 | 100,0 | 66 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 24-Distribuição das crianças de 2 a 4 meses segundo o trabalho materno e tipo de amamentação

Ano da Pesquisa - 1999

Trabalha Fora

| AME | Sim | | Não | | Valor de p |
|--------------|------------|-------|------------|-------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 20 | 21,5 | 15 | 30,6 | p <0,05 |
| Não | 73 | 78,5 | 34 | 69,4 | p <0,05 |
| Total | 93 | 100,0 | 49 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

Trabalha Fora

| AME | Sim | | Não | | Valor de p |
|--------------|------------|-------|------------|-------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 17 | 39,5 | 23 | 37,7 | p >0,05 |
| Não | 26 | 60,5 | 38 | 62,3 | p >0,05 |
| Total | 43 | 100,0 | 61 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

Trabalha Fora

| AME | Sim | | Não | | Valor de p |
|--------------|------------|-------|------------|-------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 08 | 30,8 | 24 | 37,5 | p >0,05 |
| Não | 18 | 69,2 | 40 | 62,5 | p >0,05 |
| Total | 26 | 100,0 | 64 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 25-Distribuição das crianças de 4 a 6 meses segundo o trabalho materno e tipo de amamentação

Ano da Pesquisa - 1999

Trabalha Fora

| AME | Sim | | Não | | Valor de p |
|--------------|------------|-------|------------|-------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 0 | 0 | 06 | 7,5 | p >0,05 |
| Não | 61 | 100,0 | 74 | 92,5 | p >0,05 |
| Total | 61 | 100,0 | 80 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2000

Trabalha Fora

| AME | Sim | | Não | | Valor de p |
|--------------|------------|-------|------------|-------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 05 | 60,0 | 06 | 9,1 | p >0,05 |
| Não | 45 | 40,0 | 60 | 90,9 | p >0,05 |
| Total | 50 | 100,0 | 66 | 100,0 | |

Ano da Pesquisa - 2002

Trabalha Fora

| AME | Sim | | Não | | Valor de p |
|--------------|------------|-------|------------|-------|-------------------|
| | n | % | n | % | |
| Sim | 03 | 7,1 | 09 | 12,2 | p >0,05 |
| Não | 39 | 92,9 | 65 | 87,8 | p >0,05 |
| Total | 42 | 100,0 | 74 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 26-Distribuição das mulheres que trabalham fora, tipo de amamentação e ano da pesquisa

Faixa Etária - 0 a 2 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|-----------------|-------|---------|-------|---------|-------|------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | Amostra | % | Amostra | % | Amostra | % | |
| Sim | 23 | 24,5 | 15 | 60,0 | 11 | 61,1 | p >0,05 |
| Não | 71 | 75,5 | 10 | 40,0 | 07 | 38,9 | p >0,05 |
| Total | 94 | 100,0 | 25 | 100,0 | 18 | 100,0 | |

Faixa Etária - 2 a 4 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|-----------------|-------|---------|-------|---------|-------|------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | Amostra | % | Amostra | % | Amostra | % | |
| Sim | 20 | 21,5 | 17 | 39,5 | 08 | 30,1 | p >0,05 |
| Não | 73 | 78,5 | 26 | 60,5 | 18 | 69,9 | p >0,05 |
| Total | 93 | 100,0 | 43 | 100,0 | 26 | 100,0 | |

Faixa Etária - 4 a 6 meses

| AME | Ano da Pesquisa | | | | | | Valor de p |
|--------------|-----------------|-------|---------|-------|---------|-------|------------|
| | 1999 | | 2000 | | 2002 | | |
| | Amostra | % | Amostra | % | Amostra | % | |
| Sim | 0 | 0 | 05 | 10,0 | 03 | 7,1 | p >0,05 |
| Não | 61 | 100,0 | 45 | 90,0 | 39 | 92,9 | p >0,05 |
| Total | 61 | 100,0 | 50 | 100,0 | 42 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.

TABELA 27-Distribuição das mulheres que não trabalham fora, tipo de amamentação e ano da pesquisa

Faixa Etária - 0 a 2 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|------------|
| | Amostra | % | Amostra | % | Amostra | % | |
| Sim | 30 | 60,0 | 44 | 52,4 | 35 | 53,0 | p >0,05 |
| Não | 20 | 40,0 | 40 | 47,6 | 31 | 47,0 | p >0,05 |
| Total | 50 | 100,0 | 84 | 100,0 | 66 | 100,0 | |

Faixa Etária - 2 a 4 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|------------|
| | Amostra | % | Amostra | % | Amostra | % | |
| Sim | 15 | 30,6 | 23 | 37,7 | 24 | 37,5 | p >0,05 |
| Não | 34 | 69,4 | 38 | 62,3 | 40 | 62,5 | p >0,05 |
| Total | 49 | 100,0 | 61 | 100,0 | 64 | 100,0 | |

Faixa Etária - 4 a 6 meses

Ano da Pesquisa

| AME | 1999 | | 2000 | | 2002 | | Valor de p |
|--------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|------------|
| | Amostra | % | Amostra | % | Amostra | % | |
| Sim | 06 | 7,5 | 06 | 9,1 | 09 | 12,2 | p >0,05 |
| Não | 74 | 92,5 | 60 | 90,9 | 65 | 87,8 | p >0,05 |
| Total | 80 | 100,0 | 66 | 100,0 | 74 | 100,0 | |

Fonte: AMAMUNIC, São João da Boa Vista, 1999, 2000 e 2002.